

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Augusti 2009

TEMA Lycka



TEMA

Vad är lycka – kan begreppet över huvud taget definieras? Och vad har det med psykiatri att göra? Kan psykiatrisk behandling öka eller minska människors förmåga att uppleva lycka? Går det att träna upp sin förmåga att bli lycklig? Kan man uppleva lycka trots sjukdom och fattigdom? Vem får skulden när lyckan sviker? Det är några av de frågor som belyses i detta nummer.

ÄN FINNS DET CHANS

... att anmäla sig till den 29:e Nordiska Psykiatrikongressen som äger rum i Stockholm 22-25 september i år. Se annons. Under temat "Psychiatry for a better life", kommer utvecklingen inom allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri, beroendevård och socialpsykiatri att täckas. Det vetenskapliga kunskapsutbytet sker i form av symposier, workshops och posterutställningar

ÖVRIGT

Vi rapporterar från en heldag om psykiatri under Almedalsveckan. En studierektor för specialister intervjuas, liksom SPF:s nya ordförande. Ett samband mellan ADHD och schizofreni diskuteras. Att neurovetenskap är ett viktigt ämne på alla nivåer av psykiatrisk utbildning framhålls i en artikel. I ett annat bidrag kommenteras de etiska aspekterna av att spela psykiskt sjuk i konstens namn. Läs om detta och mycket mer!



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör: Tove Gunnarsson



29th Nordic Congress of Psychiatry



Psychiatry for a Better Life

- the 29th Nordic Congress of Psychiatry under the patronage of Her Majesty Queen Silvia

The congress is organized by the Swedish Psychiatric Association and the Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry on behalf of the Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations and in cooperation with all Psychiatric Associations within the Nordic Zone of the World Psychiatric Association.

The program includes plenary lectures by Sir Michael Marmot and professor Markus Heilig as well as 35 symposia, 5 sponsored lunch symposia, 3 workshops and a Young Psychiatrists' program. There are more than 200 lecturers from 20 countries.

The social program includes a reception at the Stockholm City Hall, a boat tour in the Stockholm Archipelago and a congress dinner at Solliden, Skansen, Stockholm.

Information about the congress, the scientific program and the social program can be found at www.ncp2009.org where you also find the registration form.

Welcome to Stockholm!

Anna Åberg Wistedt
President of the Congress

Lars von Knorring
Chairman, Scientific Committee

Olav Bengtsson
Vice chairman, Organizing Committee

Anne-Liis von Knorring
Vice chairman, Scientific Committee



SFBUP
The Swedish
Association
for Child and
Adolescent
Psychiatry



22-25 september 2009
Stockholm, Sweden

www.ncp2009.org

**NCP
2009**

Kan man fånga lyckan?

Nu är det sommar, nu är det sol...

Ännu är det sommar vilket för många av oss är en sorts lycka. Semester med återhämtning och efterlängtnade fritidsaktiviteter. Solen skiner, i alla fall ibland, och blommorna blommar. För många av våra patienter är detta samtidigt en svår tid med en ökad känsla av ensamhet och utanförskap.

Temat denna gång är Lycka. I arbetet med detta tema har jag upptäckt att här finns ett omfattande forskningsfält. Det finns t.o.m. en tidskrift med namnet Journal of Happiness Studies. Första gången jag hörde det trodde jag att det var ett skämt – en sådan tidskrift kan väl ändå inte finnas? Men det gör det. Att gå igenom det som publicerats i de senaste numren kändes som en bra utgångspunkt. Vad har forskningen att säga om lyckans natur? Efter flera timmars botanisering kan jag konstatera att jag inte blir så mycket klokare. Inget tycks vara självklart – vilket inte känns förvånande.

Vi har dock gjort ett försök att belysa begreppet Lycka ur några aspekter. Att ge en enda definition på vad lycka är visar sig svårt. Det kan å ena sidan vara det korta lyckoruset ”i stunder utan minne och begär” som Daniel Frydman skriver i ett bidrag. Å andra sidan kan det vara en allmän grundton i tillvaron, ”ett lyckligt liv”. Frågan om man kan vara lycklig trots sjukdom och nöd, om man rent av är lyckligare om man är fattig, blir belyst, liksom frågan om man kan öva upp sin förmåga att vara lycklig. Camilla Hallek reflekterar över hur lycka kan komma in i dialektisk beteendeterapi. I en annan artikel diskuteras hur antipsykotiska läkemedel kan tänkas påverka förmågan att uppleva lycka.

Helt klart är att temat inte är uttömt. Vi håller som vanligt diskussionen levande och nya bidrag är välkomna!

Nästa nummer

Temat för nästa nummer är ”Vem är normal?”.

Ibland får vi höra påståenden om att vi psykiatrer vill diagnostisera och sjukdomsförklara ”allt”. Andra menar tvärtom att vi har en hög acceptans för att människor får vara som de vill så länge det inte orsakar påtagligt lidande. Hur kan vi som yrkeskår uppfattas så olika? Vem och vad bestämmer var gränserna för ”normalitet” går? Tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Huvudredaktör Svensk Psykiatri



TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Ansvarig utgivare: **Lise-Lotte Risö Bergerlind**
Huvudredaktör: **Tove Gunnarsson**
(redaktoren@svenskspsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (ps-frydman@comhem.se)
Camilla Hallek (camilla.hallek@sll.se)
Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjö@bredband.net)

Tekniska redaktörer/layout:

Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)
Carol Schultheis

Material skickas till:

redaktoren@svenskspsykiatri.se

Annonser skickas till:

annonser@svenskspsykiatri.se

Omslag: **Shutterstock**

Lycka.....

är temat för detta nummer av Svensk Psykiatri.

När jag sitter och skriver detta har jag både midsommar och semester framför mig så jag kan med glädje konstatera att det är mycket kvar av sommaren, den har knappt börjat. En sådan lycka i det!

Men när ni läser detta är det i senare delen av augusti och kvällarna har börjat bli mörkare. Sommaren är inte över men man tvingas inse att den kommer att ta slut. I år också. Om allt går som det skall har Äldrepsykiatriska föreningen, SFBUP, Psykiatrifonden och SPF varit på plats under Almedalsveckan med syfte att öka kunskapen om psykisk sjukdom/ohälsa samt minska fördomar. Jag hoppas att vi syns i media och fått många bra kontakter för fortsatt arbete kring detta. Lyckat i så fall.

En sak som verkligen gör mig lycklig är att jag märker att vi blir allt bättre på att hitta möjligheter att jobba ihop mellan de olika psykiatriska föreningarna. Almedalen är ett exempel, fler exempel är NCP, Bokmässan, att vi planerar gemensamma möten mellan utbildningsutskotten, gemensamma styrelsemöten, SPK. Exemplet blir många. Tänk vad starka vi blir och vad mycket vi kan uträtta om vi "krokar arm" och visar på vår samlade kompetens och erfarenhet. En tung röst i samhällsdebatten och som "påverkare". Det är så mycket mer som förenar oss än som skiljer oss åt! Låt oss minnas och manifestera det men självklart ta intressanta diskussioner när vi möts i olika sammanhang.

Tänkte göra ett försök att reflektera över lycka ur ett personligt perspektiv, tror att lycka är svårare att generellt definiera än olycka. Dessutom tror jag att man måste vara olycklig ibland för att kunna känna lycka precis som man inte kan ha roligt om man inte ibland har tråkigt. Här följer mina "lyckor":

Ju äldre jag har blivit ju tydligare är det hur viktigt det är att vara och känna sig frisk. Har man barn (och snart barnbarn om allt går bra) är de en del av livets lycka och deras hälsa viktigare än den egna.

Att ha en god livskamrat ger guldkant till livet och promenaderna med honom, hunden och gott kaffe när vi kommer hem ger lyckokänslor.

Vänner, som man kan prata "djupt" men även skratta ihop med, visst är det lycka.

När solen och ljuset återvänder efter vintern och grönska återkommer då fylls jag av en fantastisk tacksamhet till livet. Sitta i solstrimman – lycka!

Att ha ett roligt arbete fyller livet med mål och mening – det är lycka. Att i det arbetet få se hur människor med psykisk sjukdom med olika behandlingsmetoder blir friska(re) igen känns fantastiskt. När vi varit flera olika personer med olika kunskap som gjort detta tillsammans som ett bra lagarbete där summan av våra olika kunskaper och färdigheter blivit mer än de enskilda delarna känns det extra bra.

"Arbetet" inom SPF ger möjlighet att påverka psykiatrin och dess förutsättningar – det är också lycka.

Hoppas ni alla fått möjlighet att känna mycket lycka under sommaren!

Närmast för dörren står nu Nordiska Psykiatrikongressen 22 – 25 september. Den kommer att bli lyckad! Det finns fortfarande möjlighet att anmäla sig. Idag, 15/6, över 550 anmälda! Och sedan kan ni åka direkt till Bok- och biblioteksmässan i Göteborg där vi kommer att för första gången finnas på plats i en "psykiatrimonter" som SKL tagit initiativ till. Ser fram emot att träffa er alla på båda ställena. Då blir jag lycklig! Välkomna!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



**LEDARE
SPF**

**Ordförande
Lise-Lotte
Risö Bergerlind**



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Robert Rydbeck
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Dan Gothefors
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Hans Ericson
(hanse@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Åsa Westrin
(asaw@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Marcus Persson
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se
Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

Att drabbas av sommaren är alltid lika härligt

**LEDARE
SFBUP**
**Ordförande
Lena Eidevall**

Apropå temat Lycka i detta nummer - detta med att drabbas av sommaren är alltid lika härligt tycker jag och är lätt att koppla till lyckoupplevelser. I år har vi haft en extra kickstart på sommaren; några av oss från SFBUP, SPF, NSPH samt Uppsala- och Gotlandspsykiatri anordnade en späckad heldag den 30:e juni runt Psykiatri för att uppmärksamma angelägna frågor i Almedalen. Många bofasta, bl.a. skolanställda och landstingsanställda, poliser, jurister och alla möjliga människor som vistades just då på Gotland den dagen, kom förbi, liksom flera politiker. Det blev spännande föreläsningar och diskussioner och vi hoppas kunna arrangera något liknande nästa sommar.

Och lagom till sommaren kom det en rapport som jag antar att alla som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri läser - eller redan har läst. Den är intressant ur många aspekter, inte minst ur läkarperspektiv och ur ansvarsperspektiv, en slags logisk fortsättning på den artikel vi skrev i Svensk Psykiatri kring det dokument SFBUP tagit fram kring läkaransvaret och den debatt som funnits i bl.a. Dagens Medicin med anledning av detta dokument. Socialstyrelsen har gjort en sammanställning av sin tillsynsruna i Sverige och redovisar i en lättläst rapport sina iakttagelser från 70 enheter utvalda i hela landet på de 44 klinikerna. På stora kliniker har alltså 1, ibland 2 enheter besökts och alla kliniker i landet har inte fått besök.

De dagstidningar och TV-media som var snabbt ute drog till ordentligt och sa att det var extremt olika vård man får inom BUP, att man inte får träffa läkare på BUP och att man inte kan föra journaler. Det som faktiskt står är att det ser olika ut på olika enheter, där en del handlar om huruvida man alls har fast anställda läkare, om det är möjligt att rekrytera specialister till enheten och en annan del om hur man ser på läkarens roll inom BUP. Man har alltså inom BUP en skiftande kvalitet i landet och man har kommit olika långt på sin resa mot en modern, evidensbaserad psykiatri för barn och unga.

Denna rapport ger starkt stöd för att

1. det måste finnas läkare i en verksamhet för att det ska kallas BUP

2. alla som kommer till BUP ska ha rätt att träffa en doktor
Kritiken som framförs rör i hög grad dokumentation och att alldeles för få patienter i den digra journalgranskning som gjorts, blivit direkt bedömda av läkare. Med all sannolikhet har många läkare varit inblandade i behandlingskonferenser eller liknande, men detta journalförs nästan aldrig(!).

Här finns en relativt enkel kursändring att göra, att journalföra de differentialdiagnostiska diskussioner som förs och de överväganden som görs runt behandling.

Man konstaterar också att de journaler som förs av läkare generellt håller en högre standard, är mer strukturerade och innehåller det man behöver veta - vad man sett, hört, vad som gjorts, bestämts och utförts i diagnostik och behandling. (Detta gällde också journaler kring neuropsykiatriska utredningar och journaler i slutenvård.)

Alla som varit föremål för översynen kommer att få möjlighet att skärpa upp sina rutiner inför återbesöket av SoS. Om man lyckas med detta tror jag att det ger oss helt nya möjligheter att resonera med landstingsledningar runtom i Sverige kring det stora behovet som finns av att öka rekryteringen genom fler ST-block riktade till BUP.

I föreningen kommer vi under hösten att arbeta med frågan Hur många specialister bör det finnas för att täcka behovet i den unga befolkningen om och när man har en utbyggd första linjens hälso- och sjukvård? Och utifrån det lägga upp en plan för hur detta mål ska kunna uppnås. Glädjande nog har vi numera betydligt fler ST-läkare än innan, men det räcker inte på långt när för att täcka landets kliniker.

Fortsättning sidan 10

sfbup

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall (lena.eidevall@skane.se)

Vice ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)

Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)

Kassör: Mia Thörnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson
(jan-olov.larsson@ki.se)

Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)

Ledamot: Marie O'Neill (marie.oneill@ltkronoberg.se)

ST-representant: Peggy Törn (peggy.torn@sl.se)

SFBUP:s hemsida: <http://www.svenskabupforeningen.se>

Webmaster: Christina Högström och Deco design

Viktigt med en aktiv debatt om rättspsykiatrins centrala frågor

**LEDARE
SRPF
Ordförande
Lars Eriksson**

Rättspsykiatri hamnar gärna i massmedias neaktiva fokus. Qvick och pedofilen i Sundsvall är några av årets exempel. Färsta forskningsresultat om sambanden schizofreni, missbruk och våldsbrott utgör en motvikt där vi för en gångskullseren nyanserad rapportering. Några inträngande reportage kring framgångsrik rehabilitering inom den rättspsykiatriska vården syns väl inte till, men detta problem delar vi också med allmänpsykiatri. Beklagliga suicid och klagomål på den psykiatriska vården får utrymme medan terapeutiska framsteg sällan uppmärksammas. Lika väl som vi ska föra fram det som är positivt är det viktigt att vi för en debatt om missförhållanden och svåra etiska frågor av den typ som tvångsvården och vår myndighetsutövning medför.

Fokus på (o)tillräknelighet

Den psykiatriska tvångsvården, såväl den som bedrivs inom LPT som inom LRV, utreds för närvarande och detta borde föranleda en livlig diskussion i våra kretsar. Bland annat står tillräknelighetsbegreppet i fokus och ska enligt utredningsdirektiven återinföras i den svenska lagstiftningen. Vad anser vi som psykiatrer och rättspsykiatrer i frågan? Vi avser att ha detta som huvudtema för vårt program på läkarstämman i höst och bidrag i form av fria föredrag tas tacksamt emot. Tidskriften är också ett lämpligt forum. Vi kan också publicera debattinlägg på hemsidan. Maila till ordförande eller sekreterare. På hemsidan kan man också hitta utredningsdirektiven för tvångspsykiatriutredningen.



Följetongen ADHD

Jag har tidigare beskrivit hur man från byråkrathåll i en mig närstående region försöker begränsa förskrivningen av medel mot ADHD till vuxna. Tyvärr är ännu inte denna fråga ur världen. Trots att ADHD torde vara en av samhällets mest kostsamma handikapp som bidrar till miljardkostnader genom olyckor, missbruk, kriminalitet etc lägger man således på vissa håll kortsiktiga och till sjukvårdskostnaderna begränsade synpunkter på en av våra mest framgångsrika farmakologiska behandlingar. Här måste vi också från allmänpsykiatri, rättspsykiatri och barnpsykiatri visa på våra behandlingsresultat och vara aktiva i debatten.

Jag har personligen fått uppleva drastiska förbättringar hos patienter och behandlingsresultat som gett möjlighet till öppenvårdsomhändertagande och för samhället, om än inte för min klinik, klart minskade kostnader. Vad detta inneburit för patienternas livskvalitet borde väl också kunna vägas in även om det är svårt att mäta i kronor och ören.

**Lars Eriksson
Ordförande SRPF**

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lars Eriksson (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Kristina Sygel
Internationell sekreterare: Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson
(facklige.sekreteraren@srpf.se)
Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)
Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)
Vetenskaplig sekreterare: Henrik Anckarsäter
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)
ST-frågor: Katarina Wahlund
Övrig medlem: Malin Hamrén
Hemsida: www.srpf.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

3 av 4 patienter
tillfrisknar²

8 av 10 patienter
aterfallsfria¹

Vecka 12

Vecka 24

Behandlingssvar
hos 3 av 4 patienter²

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid¹

**NYHET
VID DEPRESSION**

Valdoxan® 25 mg
28 filmkapslade tabletter



Servier Sverige AB
Box 725
169 27 Solna
Tel. 08-522 508 00

Valdoxan® (agomelatin) R_x N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT₁ och MT₂ agonist och 5-HT_{2C} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom). Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin). **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtankar, kombination med CYP1A2-hämmare och laktosintolerans. Förhöjning av serumtransaminaser (>3 gånger den övre gränsen av normalvärdet) har i kliniska studier observerats hos patienter som fått Valdoxan, särskilt i 50 mg dos (d.v.s. 1,1 % för agomelatin 25/50 mg mot 0,7 % för placebo). Serumtransaminaserna återvände vanligtvis till normal nivå vid utsättande av Valdoxan. Leverfunktionstester skall utföras hos alla patienter: i början av behandlingen och sedan periodvis efter cirka sex veckor (slutet på akutfasen), tolv och tjugofyra veckor (slutet på underhållsfasen) och därefter när det är kliniskt indicerat. **Priser:** 25 mg tabletter x 28 st = 474,83 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1330,49 SEK (AUP). Ingår för närvarande inte i läkemedelsförmånerna. **Senaste översyn av produktresumén** 2009-02-19. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, februari 2009, www.fass.se
2. Lemoine et al. Efficacy of Valdoxan on response at week 6 in a comparative study versus venlafaxine (n=328). J Clin Psychiatry 2007;68:1723-1732.
3. Kennedy et al. Efficacy of Valdoxan on remission at week 12 in a comparative study versus venlafaxine (n=276). J Clin Psychopharmacol 2008;28:329-333.

www.valdoxan.com

Ta del av våra remissvar!

SPF, SFBUP och SRPF får varje år ett stort antal remisser, företrädesvis från Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet, men även från andra instanser som t.ex. Socialdepartementet. Remisserna kan röra sådant som sjukskrivningsrekommendationer, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Läkemedelsverkets föreskrifter mm. Att svara på dessa är en viktig uppgift för våra föreningar då det ger oss möjlighet att bevaka psykiatrins och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Den utlovade presentationen av professor Anna Åberg Wistedt, 2009 års hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, kommer i nästa nummer av Svensk Psykiatri!

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.
Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.
Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.
Skriv gärna underrubriker i Din artikel.
Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.
Skicka gärna med en bild!
Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps).
Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.
Du kan också skicka en bild med "snigelposten".
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom, SSBS, är en förening för de kolleger som är intresserade av diagnostik, behandling eller forskning kring bipolära sjukdomar hos barn, ungdomar och vuxna.

Föreningen bildades 2003 och har varje år haft två möten med föredrag och diskussioner. Ibland har mötena varit från lunch till lunch och vid andra tillfällen över en dag.

Föreningen har nu kontakt med den internationella organisationen ISBD – International Society for Bipolar Disorder - och kommer på så sätt att ingå i ett större internationellt nätverk. ISBD håller också vetenskapliga möten av hög klass, år 2010 i Sao Paolo. ISBD ger ut Journal of Bipolar Disorder, där många viktiga vetenskapliga artiklar publiceras.

SSBS har nu en egen hemsida; www.bipolarsallskapet.se. Där kan man läsa om hur man blir medlem och ambitionen är att uppdatera sidan med viktig information från styrelsen eller andra händelser som konferenser eller behandlingsnyheter.

SSBS har påbörjat ett arbete med förslag på kliniska riktlinjer vilka också läggs ut på sidan. För närvarande är riktlinjerna för Litium-behandling klara och dessa presenterades på Psykiatriska Föreningens möte i Göteborg våren 2009.

I början av november planeras ett lunch till lunch symposium om Cyklothymi, med internationella föreläsare. Förhandlingar pågår med dem och exakt datum kommer att läggas ut under sommaren på hemsidan.

SSBS vill främja utvecklingen av rätt diagnostik och behandling av bipolär sjukdom i landet. För det är vi beroende av många medlemmar. Betala gärna in din medlemsavgift via hemsidan. Då får du subventionerat pris till symposiet i höst!

Lars Häggström
Ordförande i SSBS



En betraktelse om Lycka

Vad har "lycka" med psykiatri att göra? Tillåt mig några reflektioner med begränsad evidens. Olyckan snarare än lyckan kan tyckas höra till vårt område. Det är inte lätt att veta om patienter är mindre lyckliga än personal, däremot är de sannolikt mer eller oftare olyckliga.

Att fånga lyckan som begrepp verkar vara nästan lika svårt som att fånga den som existentiell/emotionell upplevelse. Vardagsbetydelsen tycks variera i ett spektrum av innebörder. Å ena sidan kan lycka vara en sällsynt, svår fångad upplevelse, lätt att känna igen, svår att beskriva, oberäknelig och eftersökt. Den når sin höjdpunkt i "lyckoruset". Å andra sidan tycks "lycka" och dess derivat kunna vara en synonym till "tillfredsställelse", eller "helt acceptabelt", avspeglat i frågor som "lever du ett lyckligt liv" som om lyckan är ett mer eller mindre permanent tillstånd, eller i konstateranden som "ett lyckat möte", eller "att lyckas i sitt arbete". Men lycka har fler innebörder än de som rymms i detta spektrum.

Lycka som "högre beskydd"

Nationalencyklopedin nämner inte något om vardagsbetydelsen av ordet, men bistår i gengäld med några andra intressanta innebörder. "Lycka" som "inhägnad mindre åker eller äng" kan vi hoppa över, även om en ängslycka kan stämma sinnet milt. "Lycka" som folkloristisk term har dock sitt intresse för oss inom psykiatrin. "Lycka" var i forna tider enligt NE beteckningen på en övernaturlig makt eller kraft som kommit vissa släkter eller individer till del och som garanterar deras framtid. Lyckan tycks sålunda ha varit ett slags ingångskapital i tillvaron, ett kapital som individen och slakten kunde lita till och som rimligen måste ha kunnat påverka såväl självbild, självkänsla som omgivningens föreställningar och förväntningar. Möjligen skulle samma fenomen i dag tillskrivas en kombination av "lyckosam" genuppsättning och goda sociala omständigheter. Frågan är om det numera blir något förklaringsvärde kvar till andra okända faktorer.

NE tillhandahåller också en annan näraliggande innebörd. "Lycka" som ett egocentriskt begrepp i ålderdomliga bonde- och jordbruksmiljöer där försörjningsmöjligheterna var osäkra och svår förutsägbara. Fångstlycka, boskapslycka var centrala och levande begrepp. Vi kan fortfarande känna igen begrepp som jakt- och fiskelycka. Särskilt om utbytet av gemensamma resurser tycktes oförklarligt ojämnt fördelat kunde grannar misstänkas för att manipulera dessa resurser med magiska medel, vilket i sin tur kunde leda till anklagelser för trolldom eller häxeri. Begreppet "lycka" hade sålunda kopplingar till förbund med övernaturliga makter, goda eller onda. Man tycktes dock inte vara villkorslöst utlämnad till dessa makter utan kunde använda deras medel för att tillskansa sig fördelar.

När lyckan sviker

Men åter till den psykiatriska vardagen. Mitt fortsatta resonemang kommer huvudsakligen utgå ifrån de aspekter på lycka som NE tar upp, inte vår vanliga förståelse av lycka som en emotion. Många av våra patienter kan på goda grunder hävda att de inte tycks ha haft lyckan i NE's mening med sig i olika avseenden. Livet kan ha blivit en besvikelse och inte utvecklats som de hoppats.

Vart riktas då denna besvikelse?

Mot individen själv, mot föräldrar eller mot samhället i vid mening? Är det verkligen så enkelt att var och en är sin egen lyckas smed? En mänsklig reaktion, inte alls bara hos dem som av och till är psykiatriska patienter, är att intuitivt rikta en besvikelse mot livet självt. Det kan manifestera sig i ett beteende som fångas i begreppet "entitlement". Det ligger nära till hands att anse sig ha förvärvat en speciell rättighet, kanske knuten till förhoppningar på upprättelse i någon form, ett rättmätigt krav på kompensation, ett krav som inte kan riktas mot någon särskild enskild individ utan mot livet i allmänhet. En förväntan på detta särskilda privilegium kan då riktas mot snart sagt allt och alla, andra människor, institutioner och myndigheter som får stå som representanter för livet. Livet har svikit och livet måste betala sin skuld. Livet har försatt vederbörande i olyckliga omständigheter. Livet tycks uppfattas som en diffus motpart i en oreglerad process av fördelning och kränkning. Då är vi nära de betydelser av "lycka" som tas upp i NE.

Objektet bortom objekten

Finns det något annat sätt att förstå denna tankefigur – att "personifiera" livet som ett slags makt och hålla det ansvarigt för olyckan – än att hänvisa till regression och magiskt tänkande? Det är ju vår kulturs standardförklaring till skillnader mellan vår förståelse och förklaring av världen och äldre kulturers. Jag kommer att tänka på ett begrepp som introducerats av Hans Reiland, svensk psykolog och psykoanalytiker. Han talar om objektet bortom objekten och anknyter därvidlag till Winnicott som föreställde sig att mor-barnrelationen inte är den mest ursprungliga mänskliga relationsprototypen, utan snarare att den är den första manifestationen av en underliggande implicit relationsmatrix som snarast skulle relatera individen till livet-i-sig. Den brittiske psykoanalytikern Bion skulle kanske tala om en grundläggande föreställning. Denna relationsmatrix kanske man kan tänka sig som en relationernas "stamcell" som sedan kan differentieras i ett stort antal manifesta former. När Reiland tar upp objektet bortom objekten är det snarast för att antyda basen för en Gudsrelation, det vill säga att det som religiösa människor uppfattar som sin Gudsrelation skulle vara både essensen i och en utveckling av, med mina ord, denna relationella "stamcell".

Var klagar man över Livet?

Vart vill jag då komma kanske en möjligen lätt oroad läsare undrar. Jo, tillbaka till lyckan. Jag tänker att de personer, kanske i högre grad våra patienter än andra människor, som upplever att livet svikit dem, att livet är skyldiga dem något, att lyckan inte varit med dem och som ofta därför uppträder kravfyllt mot andra, replierar på en föreställningsvärld som inte bara är regressiv och magisk utan som också rör vid en oartikulerbar implicit relationsmatrix. Ett oortodoxt och möjligen provocerande förhållningssätt skulle då kunna vara att bemöta detta krävande beteende med en reflektion som "Det kan vara så att Du har fog för Din upplevelse av att vara fördelad och att Dina krav på företräde framför andra i vissa avseenden är rimliga.

Problemet är att det inte finns någon som kan ge Dig en kompensation och upprättelse som blir varaktig. Det tycks handla om en större sak, mer grundläggande, snarast en sak mellan Dig och Livet självt möjligt med Vår Herre som företrädare”. Kanske kan det vara en användbar infallsvinkel för någon.

Har detta något att göra med vår vardagliga föreställning om lyckan som känslomässigt mättad, sällsam upplevelse? Kanske kan lyckan i en vardaglig-existentiell betydelse handla om de ögonblick vi känner oss levande, hela, i samklang, i en öppenhet kombinerad med en självklar trygghet omslutenhet, inne i själva livet. Då behöver vi stå på någorlunda god fot med Livet som sådant.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Fortsättning SFBUP ledare, sidan 5

Det andra man behöver arbeta med och som är i full gång runtom i landet är att beta av de köer man har för att kunna erbjuda alla en första tid inom max 30 dagar.

Detta är en tuff utmaning där några landsting redan gått i mål. Jag tror det är oerhört viktigt att visa att detta klarar vi!

Om vi vill ha uppbackning i frågor kring samverkan, få en förskjutning av delar av det uppdrag vi har idag till andra inom hälso- och sjukvård, ja kanske rentav kunna få en viss acceptans för att vi inte lyckas bemanna tillräckligt snabbt med terapeuter med rätt kompetens, inte tillräckligt snabbt fått upp kompetensen överallt runt beteendestörningar, bipolär sjukdom eller svåra autisttillstånd, så måste vi visa att vi kan få bort köerna och hålla vårdgarantin.

Och alla ni som arbetar inom BUP - jag hoppas att vi ses på Nordiska kongressen nu i september i Stockholm - ett fantastiskt tillfälle att öka sin egen kunskap och att träffa kollegor! Det finns många intressanta symposier och föreläsningar som rör barn och unga. Kongressen är självklart öppen för alla yrkeskategorier och man kan vara fler som delar på en biljett.

Lena Eidevall
Ordförande SFBUP

Vi ville haft fel



Det är med blandade känslor jag de senaste dagarna läst två olika rapporter; Socialstyrelsens ”Utbildning i psykiatri – en explorativ studie av läkar- och sjuksköterskeutbildningarna” samt Riksrevisionens ”Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet (RiR 2009:10)”. Du finner bägge på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se, under knappen pressklipp på första sidan. Där lägger vi regelbundet ut allt vi hittar som vi tror är av intresse för er.

Blandade känslor därför att dessa rapporter visar med önskvärd tydlighet att vi i Svenska Psykiatriska Föreningen haft rätt i mycket av vår kritik av hur det stöd utformats som riktats till att förstärka vård och omsorg för människor med psykisk ohälsa. Vi ville hellre haft fel! Vi väntar fortfarande på en långsiktig, minst 10 år, satsning, med tydligt formulerade mål inom både vård och omsorg. Och som följs upp! Med kriterier som är framtagna på förhand och på ett sådant sätt att de är meningsfulla fr.a. för våra patienter/brukare men inte minst för alla professionella som skall arbeta med att nå dem. Låt oss göra den planen tillsammans!

Vi har även under en lång rad med år, med stor envishet och i olika sammanhang, hävdade att ämnet psykiatri under grundutbildning till läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog – listan kan göras längre – getts alldeles för lite tid. Dessutom har innehållet i allt för stort avseende kommit att präglas av den kunskap (eller brist på) som den aktuella högskolan råkat besitta mer än av en tydlig bild av vad som skall läras ut. Jag har personlig erfarenhet av att kunskapen om psykiatrin många gånger är mycket gammal (Gökboet) och att man, efter att man utbildat kommunens personal, vänt sig till den lokala psykiatrin och bett att få bli uppdaterade. Ibland kanske till och med någon ”ism” har varit med i bilden dvs. någons personliga uppfattning mer än evidensbaserad kunskap har fått stor genomslagskraft. Detta betyder inte att vi inte ser behovet av annat än naturvetenskapligt innehåll – tvärtom. Inte minst måste vi ha en ständigt och aldrig avstannande diskussion kring etik. Det behövs i all vård men om man dessutom har samhällets tunga ansvar att tvångsvårda är den oundgänglig.

Men vi ser även att det finns positiva bitar: psykiatri-AT, pengar till utbildning, bra samverkansprojekt som resulterat i bestående bättre omhändertagande och bemötande, METIS mm.

Så vi ger inte upp – vi ”spottar i nävarna” och tar nya tag. Igen och igen. Vi både kan, törs och vill!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Spela psyksjuk är väl ingen konst!

Som berättats i alla massmedia och diskuterats vid psykiatrins kaffebord och på tidningarnas kultursidor simulerade en konstfackstuderande, Anna Odell, psykiskt sjuk och självmordsbenägen och fick tillbringa en natt på S:t Görans psyk.akut i januari. När hennes lärare på skolan i Dagens Nyheter den 9/2 tog henne i oreserverat försvar sände jag ett genmäle, som dock "på grund av utrymmesbrist" inte publicerades. Så här tyckte jag då:

"Att spela psyksjuk och få tillbringa ett dygn på en akutmottagning är förstås ingen konst i sig. Om verket, när det efterhand presenteras, ger betraktaren en värdefull upplevelse eller ej återstår att se. Men aktionen är klart oetisk genom sina falska förespeglingar och sitt utnyttjande av psykiskt sjuka och deras vårdare. Konstfacklärarna medger i DN att de etiska övervägandena varit svåra, uppenbarligen svårare än man anat och förstått. Vi i sjukvården vet att alla experiment utöver den etablerade läkekonsten ska prövas av en etisk kommitté, för man utnyttjar inte, man kränker inte svaga och värnlösa, inte barn, inte dementa och inte självmordsbenägna eller psykotiska"

Någon annan etik kan inte gälla i konstutbildningar eller i konstvärlden överhuvudtaget. Fast övertramp skett, som t ex när konstnären Bjarne Melgaard utnyttjade en liten flicka till en sexscen i en videofilm, där en vuxen man sög av hennes arm.



Nej, det är ingen konst att spela psyksjuk. Med lite förberedelse och inlevelse skulle konstfacklärarna kunna spela hjärtinfarkt, slaganfall eller ryggsnitt och tillbringa åtminstone ett dygn på en akutavdelning, kanske t.o.m. få lite intensivvård till onödiga kostnader och personalens frustration.

Det mest störande i konstnärsaktioner i sjukvården är att de solkar det personliga förtroende, den ömsesidiga tillit, som utgör basen för mötet mellan vårdare och vårdad. Lärarna må stötta sin elev i detta oetiska projekt, men jag, som en gång faktiskt antogs som elev på Konstfack, stöttar de psykiatriska patienterna och deras vårdare.

När verket nu är på plats ser jag det på vernissagedagen. Vad har hon åstadkommit, hur ser konstverket ut, vad ger det för upplevelse? Det visar sig bestå av tre små filmsalar, där intresserade trängs och tittar och lyssnar. I en av salarna finns också uppförstorade journalblad med kvällsjourens berättelse om en anonym och våldsam kvinna, som är så vild att hon läggs i bälte och sprutas med Stesolid 10 mg. Man uppfattar henne vårdintygsmässig, men hon sover lugnt över natten och betar sig till synes helt normalt på morgonen. "

Men det står också att hon varit inlagd tidigare och intill finns ett journalblad från 1995, när hon avvikit från Ekbacken och återfördes efter en lika våldsam natt.

Den första filmen visar hur Anna förbereder sig genom att intervjua en jurist, en psykolog och per telefon personal i psykiatrisk akutvård. En klok sjuksköterska varnar henne för att uppträda som sjuk och undrar om hon strävar efter någon slags hämnd för det som hände för 13 år sen, när hon verkligen var sjuk.

Den andra filmen är bara bild utan tal från Liljeholmsbron som leder in från de södra förorterna till Söder i Stockholm. Det är den 21 januari och mörkt och kallt, bara bilbruset hörs. En lättklädd kvinna går utefter räcket, hon lutar sig ut som för att kräkas eller titta ner på vattnet. En mansfigur märker att allt inte står rätt till och försöker prata med henne, men hon drar sig undan och dras till räcket igen. Snart har flera personer samlats kring kvinnan som inte vill ha någon hjälp, hon slår omkring sig och sparkas vilt innan man får in henne i en bil med blåljus.

Den tredje filmen visar inte annat än en bältessäng till en dialog, utskrivningssamtalet, från morgonen därpå. Annas yngre bror var med då, så det är väl han som bandade samtalet. En sköterska eller skötare pratar med Anna, som berättar lugnt om iscensättningen av sig själv som psykiskt sjuk i ett examensarbete för Konstfack. Överläkaren kommer in, får samma information och blir upprörd, hon anklagar Anna för att utnyttja vårdens resurser och undrar om hon är ute efter att straffa akuten för behandlingen för 13 år sen.

Jag tänker när jag går in och ut ur de små filmsalarna, fulla med tysta åskådare att psykiatri är en fascinerande specialitet. Själens irrgångar och mysterier har i alla tider lockat kulturen. Hysteri, självmord och förvirring är vanliga motiv i konsten, på scener och i filmer. Bara vi som verkar i specialiteten får uppleva den live, och verkligheten överträffar för det mesta dikten.

Anna Odells examensarbete är förvisso gripande och sevärt. De enskilda filmerna, som sammantaget sträcker sig över 40 minuter, saknar nästan helt dramatik men bildar tillsammans ett drama i tre akter. Det är mer psykiatri, vad det nu är, än konst, vad det nu är, och slutligen mest ett personligt debattinlägg om akutpsykiatrins medel och metoder. Där finns provokation och spekulation.

Motvilligt dras jag in i dramat, ser en vanlig akutjournal som en del av konsten. Jag har väl alltid tyckt att vårt arbete, trots all vetenskap och evidens, står nära konst och litteratur.

Men när jag nu sett verket, vidhåller jag att dess tillkomst är en kränkning av de sjuka och ett oetiskt utnyttjande av de vårdande. Ändamålet helgar inte medlen.

Henrik Nybäck
Överläkare, lektor emeritus
Psykiatri Nordväst
Stockholms läns landsting



Foto: Carol Schultheis



börja arbeta igen

umgås med vänner

skratt

tid med familjen

Jag kan börja leva igen.

Att endast stå ut, eller verkligen leva? Vad är egentligen remission? För oss är remission när patienten fullt ut kan känna glädje för sådant som intresserade henne innan depressionen fick fäste; att hon får komma hela vägen tillbaka.

När anser du att din depressionspatient uppnått symtomfrihet? Vad bör målet vara; att överleva vardagen eller verkligen leva?


Cymbalta[®]
duloxetine
hela vägen tillbaka

Cymbalta® (duloxetine). N06AX21. Rx. F. Behandling av egentliga depressionsepisoder. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. Rekommenderad startdos för patienter med generaliserat ångestsyndrom är 30 mg dagligen. För patienter som inte svarar tillfredsställande bör dosen ökas till 60 mg, som är den vanliga underhållsdosen för de flesta patienter. Startdos och rekommenderad underhållsdos för övriga indikationer är 60 mg dagligen. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. Datum för översyn av produktresumén: 2008-07-28. För mer information och priser se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se. Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00, www.boehringer-ingelheim.se.

Lycka i terapin?

Hur kommer lyckan in i dialektisk beteendeterapi?

Lycka – är det verkligen något man pratar om eller över huvudtaget strävar mot inom psykiatrisk behandling?

Mycket arbete inom psykiatrin handlar om att "bli av med saker". Man vill bli av med sina panikattacker, sin sociala fobi eller sin depression. Man vill slippa humörsvingningar, aggressionsutbrott och påträngande tankar om att man inte duger något till. Behandlaren blir också nöjd när man hjälpt någon att bli av med symtom och problem. Så, är det inte lite "lyx" att ha med det här med lycka? Det kanske räcker med att känna sig nöjd – nöjd med att ha sluppit något eller att något plågsamt blivit mindre plågsamt?

Jag kommer här att fokusera på om – och i så fall hur – lycka kan tänkas komma in i dialektisk beteendeterapi (DBT) och det beror inte på att jag tror att man där fokuserar extra mycket eller extra lite på lycka utan på att det är den metod jag dagligen (som behandlare och som läkare/psykiater för ungdomar i DBT hos andra behandlare på min arbetsplats) förkovrar mig i.

Både och...

Målet för DBT är inte att vara en självmordspreventiv behandling per se. Målet är att patienten ska få ett liv värt att leva. Man kan tycka att formuleringen låter lite klyschig sådär som det gör ibland i amerikanska böcker, men redan här smyger det sig in en "touch av lycka" nämligen att det hela inte bara handlar om att bli av med något utan att få något – en ny upplevelse, nämligen att mitt liv har vissa kvalitéer och innehåller vissa moment som gör det värt att leva vidare i. De flesta DBT-terapeuter tror jag ordnar så att deras patienter har spalter på veckokorten där de noterar inte bara oro och ledsenhet utan också glädje och saker man gjort för att ta hand om sig. Redan själva noterandet av känslor som kommer och går under veckan säger något om känslors flyktighet. Visst kan man ha haft en vecka med väldigt mycket ledsenhet eller oro, men ibland skymtar glädjen till. Detta ger den dialektiska idén om "både och" näring. Man kan vara nedstämd *och* ha stunder av genuin glädje. Man kan ha återkommande självmordstankar *och* moment av innerlig lycka, samma dag.

Medveten om "guldornen"

En av hörnstenarna i DBT är medveten närvaro, som hjälper oss att stanna upp och notera ögonblicket precis så som det är. Vissa förutsättningar gör det extra lätt för oss att vara precis där i stunden och fullt ut ta in alla sinnesintryck och uppleva hur det känns inuti oss. Det varierar förstås från person till person vad som hjälper oss på traven, men ganska ofta hör man människor prata om stark närvaro när de är ute i naturen.

Att röra sig genom en skog eller gå i blåsten vid havet, att titta ut över vidderna kan för många ge en rent fysisk känsla av lycka. Samma sak kan hända när vi delar ett starkt ögonblick med en annan människa. Tiden liksom stannar upp. Att även vardagen innehåller sådana moment som kan ge en lyckokänsla är lätt att "hasta förbi". Att lyckan kommer i form av små guldorn som faller ner framför oss och som vi måste lägga märke till för att ta del av och inte i form av hela sjökan vara trösterikt.



Foto: Shutterstock

Det hindrar det svart-vita tänkandet att man antingen är en olycklig eller en lycklig människa.

I väntan på ...?

Man kan ha både en eller flera psykiatriska diagnoser och samtidigt fånga den här känslan av lycka (som jag så medvetet låtit bli att definiera...). Det ska inte underskattas hur svårt detta jobb kan vara för en person med ett starkt pågående lidande, men budskapet i DBT är att det är värt att våga prova. Man ska heller inte underskatta hur kämpigt det är att kunna stanna upp i ett sådant ögonblick om hela huvudet är fullt av tankar på att man inte är värd det... Att börja undersöka vilka känslor som kommer *efter* att man utsatt sig för omständigheter som skulle kunna föra en i kontakt med nya erfarenheter (t.ex. glädje eller lycka) istället för att invänta att man *först* "blivit bra" (= blivit av med någon form av lidande) är förstås inte unikt för DBT utan finns mycket tydligt uttalat i t.ex. ACT (Acceptance and Commitment Therapy) och vid beteendeaktivering vid depressionsbehandling.

Så här långt i resonemanget tycker jag att det lutar åt ett ja – ja, det är okej att prata om och undersöka ”lycka” i DBT och kanske särskilt i en avdramatiserad form, det vill säga lycka är inte något man kan sträva efter i sig, inte heller kräver lycka att man nått särskilda mål i livet (”Jag kan aldrig bli lycklig förrän jag hittat den rätta att leva med, fått det rätta jobbet” osv).

I de senare faserna i DBT-behandlingen finns bl.a. målen att öka sin medvetna närvaro och att öka förmågan att uppleva glädje i livet och här närmar man sig arbetet med att bli allt proffsigare på att upptäcka sina guldkorn och ta vara på dessa stunder samtidigt som man kan ta emot alla andra slags stunder - ledsna, skamsna, rädda och arga - utan att behöva fly iväg.

Camilla Hallek
Specialist i barn- och ungdomspsykiatri
DBT-teamet, BUP Stockholm

Referenser

Linehan, M (1993): *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*

Kabat-Zinn, J (1994): *Wherever You Go There You Are* (sv översatt 2005: *Vart du än går är du där*)

Har du idéer?

Svenska Psykiatrikongressen 2009 blev en framgång.

Nu planerar vi för kongressen 2010! Har du förslag på föredrag eller föreläsare? Eller vill du presentera något själv?

Hör i så fall av dig till Hans-Peter Mofors
(hans-peter.mofors@sll.se) eller
Tove Gunnarsson
(tove.gunnarsson@sll.se)

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.

Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel

Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps).

Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Du kan också skicka en bild med ”snigelposten”.

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

**SKRIV TILL
OSS**

redaktoren@svenskpsykiatri.se

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2009-2010

NUMMER 4 2009

Tema: Vem är normal?

Deadline 20 oktober 2009

NUMMER 1 2010

Tema: Vad gör psykiatrin med psykiatern?

Deadline preliminärt 20 januari 2010

NUMMER 2, 3 och 4 2010

Tema: Ej bestämt

Deadline preliminärt 20 april, 20 juni resp 20 oktober



Åter energi i steget.

Voxra[®], ett alternativ för behandling av egentlig depression.¹

Voxra är ett bra alternativ för deprimerade patienter med symtom som energilöshet, motivationsbrist och som verkar avskärmade.²⁻⁶

Voxra är en selektiv noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmare (NDRI).^{1, 7-8}

Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertraline).⁹⁻¹²

Voxra har en biverkningsprofil utan serotonerga inslag såsom:¹ sexuell dysfunktion, viktuppgång och trötthet.

Voxra ingår i läkemedelsförmånen endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 Solna. Tel 08-638 93 00. www.glaxosmithkline.se, voxra@gsk.com


Voxra[®]
bupropionhydroklorid

Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

Voxra[®] (bupropionhydroklorid) Rx, F. ATC-kod N06AX12. **Indikation:** Behandling av egentlig depression hos vuxna. **Styrkor och förpackningar:** Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. **Dosering:** 1 gång dagligen. Tabletterna ska sväljas hela. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban[®]). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2008-08-15.

Referenser: 1. Voxra Produktresumé. GlaxoSmithKline, www.fass.se 2. Nutt et al. J Psychopharmacol 2007; 21 (5): 461-7. 3. Stahl et al. Cambridge University Press; 2000. 4. Foote et al. Raven Press Ltd; 1995. p. 335-45. 5. Shelton et al. Psychiatry Serv 2001; 52: 1469-78. 6. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1145-6. 7. Fava et al. J Clin Psychiatry 2005; 7: 106-13. 8. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2004; 6: 159-66. 9. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005; 66: 974-81. 10. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 11. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997; 58: 532-7. 12. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006; 51: 234-42.

20090629VOXR:312

ADHD och schizofreni – ett oväntat samband upptäckt inom ramen för klinisk patientnära forskning

Introduktion

För ungefär 40 år sedan förstod vi att en anseelig andel av våra schizofrena patienter inte fungerat väl under barndom och uppväxt, långt innan den kliniska sjukdomsdebuten (poor premorbid adjustment, PMA). En delförklaring som tillkommit sedan dess är att sådana personer har vissa neurokognitiva svårigheter – dock inte värre än att det motsvarar en intelligensreduktion på omkring en halv standarddeviation. Vi förstår ännu inte mekanismerna bakom dessa svårigheter och vet inte i vilken grad detta påverkar socialisationsprocessen och utbildningen. Det troliga är att det finns andra och starkare orsaksmekanismer bakom PMA än den lätta intelligensreduktionen.

Under 70-talet tog man fram standardinstrument för att bedöma PMA, innan diagnosen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) fick sin nuvarande utformning. PMA-instrumenten, som fortfarande används i sådan forskning, fångar därför inte in det symtomkomplex som vi ser vid ADHD. Det finns en ganska anseelig volym av PMA-forskning vid schizofreni (1, 2, 3). Sökorden schizofreni och ADHD ger nästan inga napp alls. Under senare år har forskningen kring ADHD exploderat i volym och vi börjar förstå att detta är en genetiskt styrd dopaminsjukdom med vissa serotoninerga inslag, som inte alls ”går över” under puberteten i den utsträckning man tidigare trott. Här finns det ett gigantiskt behandlingsuppdrag som vi börjat beta av först under de senaste åren.

ADHD och schizofreni

ADHD behandlar vi alltså med dopaminstimulerande substanser – schizofreni med dopaminantagonister. Är dessa tillstånd varandras motsatser? Man har nog tänkt så – annars är ointresset för forskning rörande samsjukligheten ADHD/schizofreni svårbegriplig. Samtidigt är det uppenbart att det finns likheter i de kognitiva svårigheterna främst med avseende på uppmärksamhetsstörning, arbetsminne och exekutiva funktioner. En modernare hypotes för orsaksfaktorer på receptornivå vid schizofreni kan beskrivas som dysregulering med dopamin och glutamat (NMDA-receptorn) som huvudaktörer i ett oändligt komplicerat samspel. En sådan hypotes är väl förenlig med antagandet att ADHD och schizofreni har gemensamma orsaksmekanismer. Nancy Andreassen och medarbetare (4) har försökt förstå den ”kognitiva dysmetri” som karakteriserar schizofrena (och ADHD-) patienter som en störning i ett specifikt neuralt nätverk som involverar prefrontala, subcortikala (striatum/ thalamus) och cerebellära (vermis) strukturer.

Kliniskt finns det också klara likheter mellan ADHD-patienter och akut psykotiska schizofrena patienter: associationsrubbningar, ocensurerad pladdrighet, inget blir avslutat. Det finns också tydliga skillnader: det är en stark koppling mellan schizofreni, schizotypala personlighetsdrag och stelhet i tänkandet – ADHD-personer är utåtriktade, ofta charmiga och med ett intellekt som kan karakteriseras som rörligt såväl som rörligt.

Vår forskargrupp var nog tidigast i landet att intressera sig för vuxen-ADHD – till den ändan översatte vi och började använda Wender-Utah Rating Scale (WURS) direkt efter dess publicering i början av 1990-talet, primärt för undersökningar av fängelseklientel. Ett annat huvudintresse inom gruppen är schizofreni och kognitiva funktioner. Vid universitetssjukhuset i Malmö fanns inga förutsättningar för sådan forskning – det fick bli Gotland/Visby. En fördel var att det på sikt kunde närma sig en totalpopulationsundersökning av svåra och måttligt svåra psykiatriska störningar.

Metod

Patienter

Gotland har 55 000 innevånare. Visbykliniken omfattar bl.a. en akutenhet (psykosor) med sju sängar, (inledningsvis fanns en rehab-avdelning med tio sängar) och en öppenvårdsenhet som har kontinuerlig kontakt med upp mot 180 multiproblempatienter (alla med en psykosdiagnos). Dessutom utreddes c:a 50 nytillkomna patienter per år, vanligtvis p.g.a. missbruk och/eller misstanke om neuropsykiatriska störningar. Data analyserades för patienter som utretts mer grundligt vid någon av dessa enheter under åren 1993-2006, totalt 618. Alla psykospatienter (N=226) hade varit inlagda vid någon tidpunkt – de representerar så gott som alla psykospatienter som var kända av psykiatrin under tidsperioden. Alla genomgick en omfattande neuropsykologisk utredning (kognitiva funktioner, se (5) för detaljer).

Resultat

Kognition och episoder

I fyra tidigare studier har vi gjort det sannolikt att den kognitiva reduktionen vid schizofreni är kopplad till antalet akuta episoder (5, 6). Vi bekräftade detta i Gotlandsmaterialet.

En israelisk forskargrupp har nu korsvaliderat fynden (7). De, liksom vi finner att varje genomgången akut episod ger ett separat bidrag till den kognitiva utförsbacken vid schizofreni.

Retrospektiv rapport om ADHD-problem

Fortsättningen på historien tog en oväntad vändning när vi analyserade patienternas retrospektiva självbedömningar av problem som är vanliga vid ADHD, Trotssyndrom och Uppförandestörning. Distinkta bimodala fördelningar av kliniska variabler finns inte inom psykiatri – men så såg WURS-data ut (se Figur).

I normalbefolkningen är det högst 3% av kvinnorna och högst 10% av männen som rapporterar WURS-värden över 43. Överrapporteringen i vårt material ligger omkring 800%. Och fördelningarna är distinkt bimodala.

Validering av den retrospektiva ADHD-bedömningen

Ändå, det hela verkade både oväntat och märkligt. Hur skulle vi kunna validera betydelsen av förekomst, eller icke, av självrapporterad ADHD under barnåren? Det föll sig naturligt att koppla detta till våra kognitiva data. Vi blev förvånade igen – de två grupperna, med eller utan ADHD-problem under barndomen, skiljer sig kliniskt på ett i hög grad relevant sätt – ADHD-patienterna hade fler (tätare) akuta episoder och en mer uttalad kognitiv reduktion.

Vi har tillgång till ett annat material som skulle kunna bekräfta den massiva överfrekvensen av barndoms-ADHD vid schizofreni – After Care-studien ledd av Sheilagh Hodgins och med Eva Tuninger och Sten Levander som svenska deltagare (8, 9). Rättspsykiatriska psykopatienter rekryterades i samband med utskrivningen från tvångsvård och bedömdes med avseende på ett stort antal variabler. Samtidigt rekryterades kontroller från allmänpsykiatri med samma kön, ålder och diagnos, totalt 302 personer. Dessa har följts under fem år. De rättspsykiatriska patienterna hade som väntat en frekvens av barndoms-ADHD omkring 50%. Men det hade de allmänpsykiatriska kontrollerna också.

Det bör noteras att det i PMA-litteraturen finns observationer som för tankarna till ADHD – vilka domäner som ingår i begreppet PMA och hur kopplingen ser ut till den kognitiva utförsbacken när schizofrenisjukdomen debuterar: t.ex. mer skolproblem trots normal begåvning ger större kognitivt deficit (1, 2, 3). Av någon anledning har forskarna inte sett likheterna mellan PMA-karakteristika och ADHD-diagnosen tidigare.

Diskussion

Om vi antar att de retrospektiva ADHD-bedömningarna är genuina måste vi dra två slutsatser. Andelen med ADHD-problem under barndomen bland de schizofrena patienterna är avsevärt högre än i befolkningen.

Bland de schizofrena patienterna finns det två subgrupper: en som inte har haft ADHD-problem och en som haft distinkta och omfattande problem. Gruppkillnaden är särskilt tydlig för kvinnor. Det tycks finnas två subformer av schizofreni, med och utan premorbida ADHD-problem, som har olika förlopp med avseende på fördelningen av akuta episoder och graden av kognitiv reduktion över tid, samt benägenheten för våldsbrott (8).

Ingen har alltså tidigare undersökt kopplingen ADHD/schizofreni empiriskt. Våra fynd antyder att naturalförloppet ser olika ut i fyrfältstabellen med ADHD och schizofreni. Bägge är dopaminsjukdomar – skillnaden blir begriplig om man för in NMDA-receptorn i ekvationen.

Om just akuta episoder skadar skall omhändertagandet inriktas mot att minimera sådana, särskilt för patienter med ADHD-problem under barndomen. Ännu större blir konsekvenserna om vi tror att det rör sig om en generell dopaminstörning. Barndoms-ADHD predicerar ätstörningar och självskadehandlingar hos kvinnor, kriminalitet hos män, och affektiv sjukdom, panikångest, och missbruk hos alla i vuxen ålder (10). CS-behandling under barndomen skyddar mot detta. *Tänk om sådan behandling också skyddar mot senare schizofreni-insjuknande!*

Vetenskap är att vara kritisk. Vi har tillgång till Sveriges största longitudinella databas med psykiatrirelevant information: Metropolit med drygt 15 000 individer födda 1953. Drygt 30 år senare hade närmare 100 personer vårdats för schizofreni. I den tidens skola utdelades ordningsbetyg, som väl motsvarar diagnoskriterier för ADHD (11). Men, de schizofrena patienterna i Metropolitmaterialet skiljde sig inte från andra med avseende på denna alternativa retrospektiva ADHD-bedömning.

Oavsett hur detta slutar – en rad nya intressanta frågeställningar har genererats kring två av våra stora psykiatriska folksjukdomar som kanske har mer gemensamt än vi har anat eftersom de verkar vara varandras motsatser. För teoretikerna kan det ge anvisningar för var man ska fortsätta letandet. För kliniker kan det skärpa blicken och öppna för okonventionella behandlingsansatser.

För universiteten och anslagsbeviljande myndigheter gäller att klinisk patientnära forskning behövs. Klinikchefen i Malmö förbjöd oss att undersöka den kognitiva reduktionen vid schizofreni: "de kunde förlora hoppet". Hur mycket har vi fått i termer av ALF-medel från Lunds universitet för den ovan redovisade forskningen (se 8 för en lista över bidrag) och andra framgångsrika patientnära projekt? Noll!

ArneDalteg, Dr Med.Sci., psykolog, Jönköping
Anders Zandelin, skolpsykolog, politiker, Oskarshamn
Sten Levander, prof. em. i allmänpsykiatri och rättspsykiatri

Referenser och figur finns publicerade på vår hemsida
www.svenskpsykiatri

En av Sveriges första studierektorer för specialister – Thomas Eklundh

Länge har det funnits studierektorer för ST-läkare som arbetar för att tillgodose behoven av vidareutbildning av ST-läkare för att bli specialister i psykiatri. På de flesta orter har det inte funnits någon som haft motsvarande funktion för att se över specialisternas behov för förkovran i yrket. Sedan en tid har Psykiatri Sydväst i Stockholm gjort något åt saken och anställt en studierektor på deltid för psykiatrerna, Thomas Eklundh.

Jag kontaktade Thomas för att få höra lite mer om honom och hans nyskapande yrke.

Vilken är din egen psykiatriska bakgrund och nutid?

Jag började faktiskt för mer än 40 år sedan, under min skoltid, som vikarierande skötare på gamla Långbro sjukhus här i Stockholm. Jag jobbade på helger och flera somrar. Efter att ha gått Socialhögskolan arbetade jag med barn- och ungdomsvård samt nykterhetsvård men märkte redan efter ett par år att jag ville vidare och började därför läsa medicin. Alla jag kände sade att jag förstås skulle bli psykiater men själv hade jag funderingar åt ÖNH-hållet. Efter psykiatrikursen blev jag i alla fall tillfrågad om jag ville komma och vikariera och då märkte jag att jag hade mycket nytta av mina tidigare erfarenheter, och det är klart, går det bra blir det roligare och så fortsatte det. Jag jobbade mycket på Huddinge, dåvarande klinik 1, och fullföljde min specialisering där. I slutet av 90-talet var jag flera år på Affektivt Centrum vid St Göran i Stockholm och jobbade med bipolära patienter. Jag hann också med att disputerat 2000 med Conny Nordin som handledare men hela tiden hade jag haft intresse för utbildning och undervisning. Jag har varit amanuens, föreläst, varit ST- och AT-handledare. Ett tag var jag vikarierande lektor på Karolinska Institutet där jag jobbade med "Doktorsskolan" på läkarprogrammets T1-T4.

Sedan 2005 är jag tillbaka på Huddinge där jag nu är "Primärvård psykiater", det vill säga jag är fast konsult vid 6 vårdcentraler i Huddinge kommun och jobbar ihop med distriktsläkarna med till exempel bedömningar, diagnostisering samt behandlingsoptimering.

Hur föddes idén till studierektorskapet för specialister?

Jag tror det är en produkt av de senaste årens diskussioner om läkarnas kompetens. Det har pratats om att läkare inte skulle ta till sig nya rön, att man jobbar på med gamla, icke-evidensbaserade metoder och det har fört med sig prat om recertifiering ett visst antal år efter examen, obligatoriska CME-poäng och liknande. Något ligger det väl i det på så sätt att skillnaden mellan den strukturerade och väl utformade ST-utbildningen och specialistens "vidareutbildning på eget ansvar" förefallit stor. Den specialist som hållit sig framme, haft tumme med industrin, haft en tjänst man kan vara ledig ifrån har haft större möjligheter att komma iväg på studiedagar, kongresser och liknande medan andra kollegor sällan fått den möjligheten.

Vid Psykiatri Sydväst/Huddinge sjukhus togs initiativ av vår verksamhetschef, professor Nils Lindefors, att tillskapa en studierektorstjänst för att samordna och initiera fortbildningsinsatser för de färdiga specialisterna.

Vad gör du som studierektor för specialisterna?

Jag har dels ägnat tid åt att skaffa mig en bild av klinikkens specialistgrupp. Vi är en stor universitetsklinik med uppemot 60 specialister inom allt från allmänpsykiatriska stadsdelsmottagningar till specialiserade verksamheter som könsbyte och internetpsykiatri. Jag har gjort intervjuer med många kollegor och brukar träffa alla nyanställda för att diskutera deras funderingar om, och behov av fortbildning. Jag försöker få alla att tänka på att man även som specialist ska ha en utvecklingsplan för sin fortbildning. Jag samarbetar med studierektorerna för ST- och AT-läkarna runt gemensamma utbildningsinsatser, studiedagar. Jag skriver vidare ett litet månadsbrev där jag tipsar om intressanta vetenskapliga artiklar, utbildningar som ges på annat håll, kommande kongresser.

Det mest påtagliga uttrycket har nog varit de fortbildningskurser vi dragit igång och som är tänkta att löpa varje termin med 4-6 kurser. Formatet är som CME-kurserna (fast vi kallar dem CPD-kurser!), 3 timmar, en eller flera föreläsare, interaktivt. Det som ska förmedlas är inte nya forskningsrön utan "state of the art", det som är relevant för den kliniskt verksamme specialisten. Under vårterminen har kurserna handlat om "Farmakologisk behandling av schizofreni", "Allt om ångest", "Bipolär sjukdom typ II" och "Tidiga insatser vid psykosjukdom".

Hur stor del av din arbetstid tar uppdraget?

Uppdraget är en halvtidstjänst men det är klart att det fördelas litet olika över tid. I vanliga fall är måndagarna min studierektorsdag men kursdagar får jag sätta av mer tid. Som tur är kan jag själv styra min övriga tjänstgöring så det blir sällan krockar.

Vilken är din förhoppning för Sveriges psykiaters vidareutbildning efter erlagd specialistexamen?

Framför allt hoppas jag nog på att det ska finnas fortbildning tillgänglig oavsett var man bor och jobbar i landet. Det är inte meningen att man ska ha sämre möjligheter för att man är verksam på en mindre ort. Där borde kanske föreningen jobba fram ett policydokument till ledning för arbetsgivarna. Man kanske kan samordna regionvis så att fortbildningsmöjligheter finns att tillgå. SPF:s mobila CME-kurser borde kunna användas till det.

Stockholm blir värd för CINP World Congress 2012!

Jag är litet aktiv i Utbildningsutskottet också och där undersöker man nu möjligheten ifall Royal College of Psychiatry's web-baserade CME-kurser också ska bli tillgängliga för våra medlemmar. Det skulle vara ett annat sätt att göra högklassiga utbildningsmöjligheter åtkomliga oavsett var man är verksam i Sverige.

Maria Larsson
Överläkare

Stockholms Centrum för Ätstörningar

Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) arrangerar vartannat år en världskongress med ca 5000 deltagare. Programmet omfattar symposier, posters och undervisningsaktiviteter inom klinisk och experimentell psykofarmakologi, och riktar sig till såväl forskare som kliniker.

2008 hölls kongressen i München där den blev en stor framgång. 2010 äger kongressen rum 6-10 juni i Hong Kong.

I hård konkurrens har nu Stockholm utsetts till värdstad för CINP-kongressen 2012 som kommer att äga rum i början av juni på Stockholmsmässan i Älvsjö. Håll utkik i kommande nummer av Svensk Psykiatri där vi fortlöpande kommer att kunna berätta mer om detta stora evenemang!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

**Man ska inte prata om sin lycka,
olyckan kan stå och lyssna.**
August Strindberg



Foto: Carol Schultheis

Lycka är ett så väldigt svårångat begrepp...

Alldeles bestämt krävs upplevelser som är lustfyllda. Om inte intensivt lustfyllda så åtminstone genomgripande. Ett åk i en berg- och dalbana kan för somliga upplevas som en lyckoskapande upplevelse. Ett heroinrus likaså, eller det egna barnets första steg. Men inte i något av exemplen så kan man karaktärisera erfarenheten och förklara lyckan, det kan endast upplevelsen inifrån själva upplevandet. En lyckokänsla är dessutom svår att återskapa, det finns ett spontant moment kopplat till lyckoögonblick. Droger och extremsportupplevelser har sin plats i somliga människors liv för att de ökar sannolikheten att erfara korta stunder av lycka. Den biokemiska kopplingen till såväl dopamin som serotonin finns men kan inte heller förklara det hela.

Det tycks alltså vara nödvändigt med en stark ögonblicksupplevelse – ”just nu!” – för att känslan skall infinna sig. Den måste vara tillräckligt stark för att den skall annullera tankarna på det föregående och det kommande. Lyckan kommer då lättast i stunder utan minne och begär, där närvaron i det pågående medvetet uppmärksammas. Men det är inte självklart att det är detta som är styrkeförhållandet mellan ögonblicket och tidens utsträckning, det måste inte vara Nu-känslan som konkurrerar ut Tids-känslan. Lyckoupplevelser kanske kan mobiliseras genom att man tränar på just detta – stanna i nuet och bortse från omständigheterna. Bortse utan att avvisa, närvara utan att negligera.

Den som mediterar lär sig avstå från tankar på det som tänks. In i psykiatrin har vi fått mindfulness som en metod som just strävar efter att producera – om inte lycka så åtminstone minskad oro.

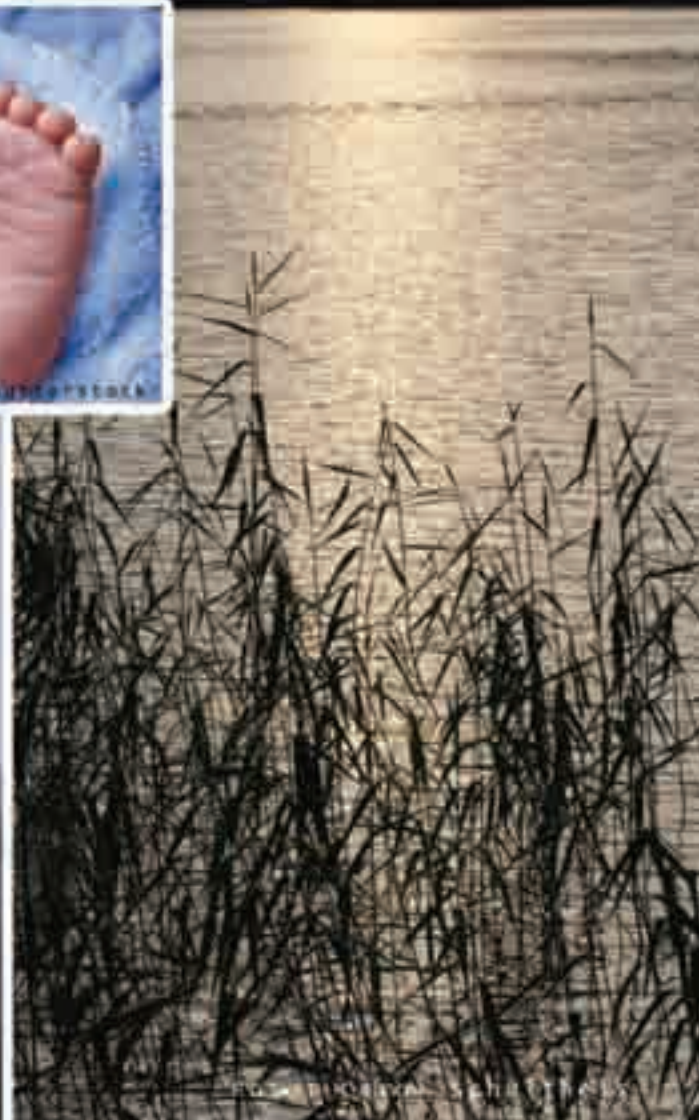
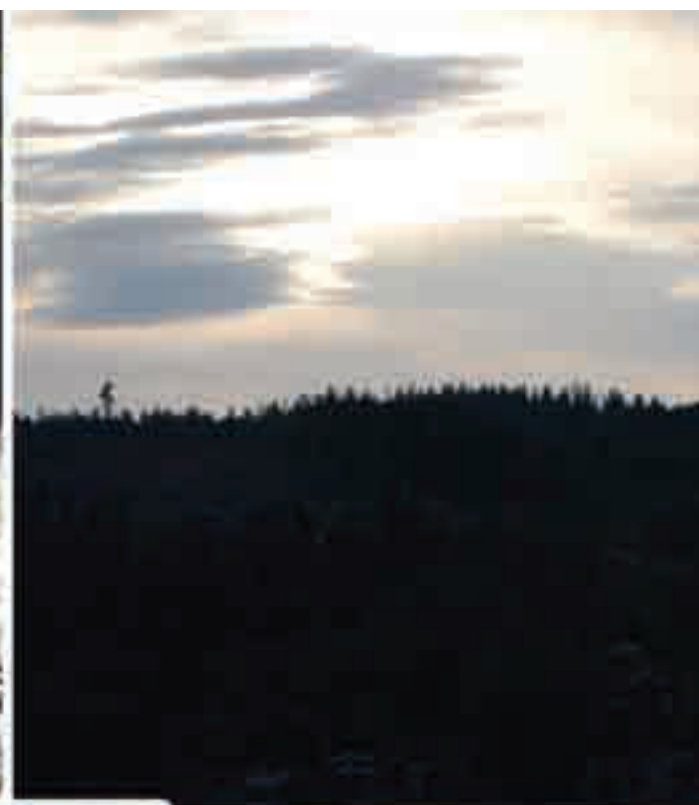
Den som har en bipolär sjukdom kan ju i manin, särskilt innan det går överstyr och vanföreställningar tar över, uppleva en frihetskänsla och att det finns en väldigt stor förmåga. Under sådana omständigheter är det möjligt att tala om lycka. En lycka som grumlats av insikten att känslan är falsk eller förgänglig och att det som kommer efter kommer att innehålla lyckokänslans motsats. Redan när ett andra skov kommer så finns ju minnet av det tidigare förloppet och rädslan för att det skall passera för fort kommer att kontaminera manins lyckorus. Det har då inte gått att bibehålla närvaron utan minnet av hur det förut gick eller utan begäret att stunden skall stanna kvar. Lyckan har då mött sina uttalade fiender och blir likt drömmen och huldren undflyende. Kvar är då desperationen och rädslan för den kommande depressionens våld.

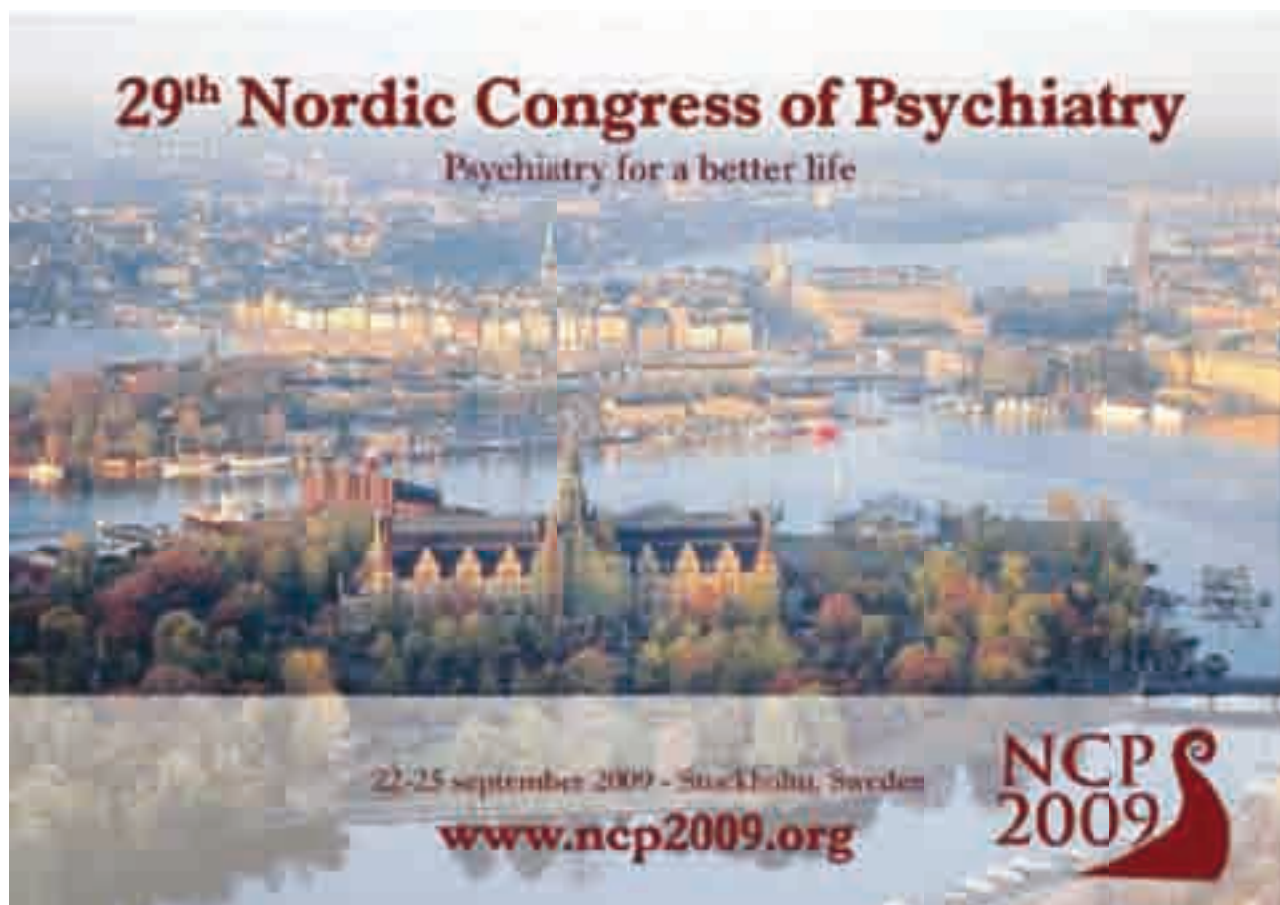
Daniel Frydman
Psykiater, leg psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Foto: Carol Schultheis







Preliminary programme overview April 29, 2009

Program Tuesday 22, 2009

	Hall A, B, C (1362)
13.00-13.45	Opening ceremony Welcome address Anna Åberg Wistedt , President of the congress Lise -Lotte Risö Bergerlind, Chairman, Swedish Psychiatric Association Lena Eidevall, Chairman, Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry Chairman, Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations Music, Entertainment
14.00-15.00	Plenary lecture Mental Health and the Commission on Social Determinants of Health Professor Sir Michael Marmot
15.15-17.15	No mental health without humane preconditions Chair: Otto Steinfeldt-Foss, Vice chair: Henrik Wahlberg Global mental health needs global cooperation <i>Lars Jacobsson, Professor of Psychiatry, Umeå University, Sweden</i> A psychiatrist experience of working with the Council of Europe for Human rights <i>Andres Lehmetz, President of the Estonian Psychiatric Association, Estonia</i> Improving female rights in peace and war - what can psychiatry learn <i>Marianne Kastrup, Professor, Transcultural center, Copenhagen, Denmark</i> Inferior conditions and lack of resources - a global view on mental health. <i>Henrik Wahlberg, Nordic Network for Cultural Psychology and Psychiatry CPPN, Sweden</i> Psychiatry at the Crossroads: holding together Science, Values and Beliefs in a changing world <i>John Cox, professor Emeritus, Keele University, UK, visiting professor, Institute of psychiatry, London, immediate Past Secretary General WPA (World Psychiatric Association).</i> Summary and general remarks <i>Otto Steinfeldt-Foss, senior consultant emeritus, honorary member, Norwegian Psychiatric Association and the World Psychiatric Association (WPA), Jan Delay prize awardee 2005(WPA).</i>
18.00	Reception at the Stockholm City Hall

Program Wednesday 23, 2009

	Hall A (527)	Hall B (308)	Hall C (527)	Room 202 (120)	Room 300 (80)	Room 307 (110)
08.00 – 9.45	Psychiatric epidemiology – a Nordic Perspective (16) Ingmar Skoog, Povl Munk Jørgensen	9-12 Neuropsychiatric genetics (6) Niklas Dahl, Lennart Wetterberg	Bipolar disorder (5) Mikael Landen	Survivor Strategies among Displaced Children and Adolescents (28) Abdulbaghi Ahmad	Workshop(2) From Theory to Practice: Making psychiatry salutogenic. The first Year Experience of the Buskerud Project. Bengt Lindström	Nordic research co-operation with low income countries (15) Lars Jacobsson, Edvard Hau
09.45 – 10.15	Co-ee break		Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break
10.15 – 12.00	Transcultural psychology and psychiatry in reception of asylum seekers (3) Solvig Ekblad, Solve Bäärnhielm		Involuntary hospitalisation in mental health care – current issues (12) Lars Kjellin, Lars Jacobsson	"Psychodynamic and psychoanalytic treatment in the 21st century" (24) Alexander Wilczek		Suicide prevention from a cognitive perspective A theoretical frame for the total suicidal process (36) Jan Beskow
12.00 – 14.30	12.30 – 14.30 Why do some psychiatric treatments have a broad spectrum of activity? Astra Zeneca (1) Hans Ågren	12.30-14.30 Socialstyrelsen Anders Printz	12.30 – 14.30 Sponsored Symposia Servier	12.30 – 13.30 Key note lecture The Danish Psychiatric Central Register Povl Munk Jørgensen		
14.30 – 15.00	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break
15.00 - 17.00	Considering culture and context in psychiatric diagnosis (4) Solve Bäärnhielm, Marianne Kastrup	ADHD in adults in a psychiatric population - how are they identified, and what works? (13) Susanne Bejerot	Long term outcome of cognitive behavioural therapy (CBT) (7) Eva Mörtberg	Suicidal behaviour in adolescents (31) Berit Grøholt		ADHD in childhood and adolescence – prevalence, risk factors and aspects of treatment (35) Jan-Olov Larsson
Boat tour in Stockholm Archipelago						

Lectures, Workshops, Meet-the-expert sessions, Wednesday 23, 2009

	Room 201 (54)	Room 203/204 (50)
08.00 – 09.45		
09.45 – 10.15	Co-ee break	Co-ee break
10.15 – 12.00		
12.15 – 14.15	Meeting 1 (YP)	Meeting 3 (YP) Peggy Törn
15.00 – 17.00	Workshop 1 (YP) Jonas Eberhard	Workshop 4 (YP)



Program Thursday 24, 2009

	Hall A (527)	Hall B (308)	Hall C (527)	Room 202 (120)	Room 300 (80)	Room 307 (110)
08.00 – 9.45	Person centered diagnoses and treatment in psychiatry (18) Marianne Kastrup	9-12 Depression in the perinatal period - early intervention, treatment and interdisciplinary collaboration (22). Malin Eberhard- Gran, Birgitta Wickberg	Suicide prevention and research in the Nordic region – an update (10) Lil Träskman Bendz, Jouko Lönnqvist	Social inequalities in mental health.(14) Yvonne Forsell	Sleep and sleep disorders - What psychiatrists need to know (9) Lena Mallon	Best research from all countries published in Nordic Journal of Psychiatry in 2006-2008 Hasse Karlsson
09.45 – 10.15	Co-ee break		Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break
10.15 – 12.00	Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders (2) Christina Hultman, Mirella Ruggeri		How to improve mental health services during crisis and wars – Experiences from the Balkans (21) Henrik Wahlberg	Internet-delivered cognitive behaviour therapy. Will it change the future of psychotherapy?(8) Gerhard Andersson, Nils Lindefors	Experiences of the developments in Nordic psychiatry – As time goes by (17) Lars Jacobsson, Marianne Kastrup	Amphetamine abuse and dependence – pathophysiology and treatment (34) Johan Franck, Jørgen Bramness
12.00 – 13.00	12.30 – 14.30 Sponsored symposia Janssen Cilag	12.30 – 14.30 Sponsored symposia Schering-Plough	12.30 – 14.30 Sponsored symposia Lilly			
13.00 – 14.30						
14.30 – 15.00	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break	Co-ee break
15.00 – 17.00	Hazardous use and substance use disorders among patients with psychiatric diagnoses – clinical implications.(11) Agneta Öjehagen	Use and prescription of Stimulants to children and Adults in the Nordic countries (29) Anne-Liis von Knorring	Mental health challenges in the Baltic and Nordic countries – Information by the psychiatric associations (37) Halldora Olafsdottir	Neurobiology of anxiety and fear as well as pleasure and some clinical implications (26) Nils Lindefors	Workshop (3) Psychotraumatology and "National Centre for Disaster Psychiatry" Tom Lundin, Per-Olof Michel	"The psychiatric profession yesterday, today and tomorrow" (YP) Peder Björling
Congress Dinner at Solliden, Skansen						

Lectures, Workshops, Meet-the-expert sessions, Thursday 24, 2009

	Room 201 (54)	Room 203/204 (50)
08.00 – 09.45	Workshop (1) New ethical questions are challenging private practicing psychiatrists in a transparent medical health environment Chair: Eva Rosmark -Calltorp	
09.45 – 10.15		Co-ee break
10.15 – 12.00		
12.15 – 14.15	Meeting 2 (YP)	Meeting 4 (YP) Christoffer Rahm
15.00 – 17.00		



Program Friday 25, 2009

	Hall A (527)	Hall B (308)	Hall C (527)	Room 202 (120)	Room 300 (80)	Room 307 (110)
08.30 – 10.30	Psychiatric care for ethnic minorities – issues of concern (19) Marianne Kastrup	Epidemiology of suicide and violence (30) Bo Runeson	Community based mental health for early psychoses (1) Mirella Ruggeri, Christina Hultman	9-12 Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents (32) Per Hove Thomsen	Young psychiatrists programme Markus Heilig	
10.30 – 11.00	Co ee break	Co ee break	Co ee break		Co ee break	Co ee break
11.00 – 12.00	Plenary lecture Stress and the dark side of addiction Markus Heilig					
12.00-13.00	Lunch					
13.00 – 15.00	Recent findings from collaborative schizophrenia projects - brain, inflammation, and genes (33) Ingrid Agartz, Erik Jönsson	Person centered consultation psychiatry (23) Manuel Fernandez, Juan Mezzich	Personcentered suicide prevention - an example for person-centered approaches in psychiatry and public mental health promotion (27). Wolfgang Rutz, Anne Maria Möller - Leimkuehler			Mental health in the Arctic region with special reference to the sami population (25) Lars Jacobsson, Siv Kvernmo
15.00 – 15.30	Closing of the NCP 2009					

Lectures, Workshops, Meet-the-expert sessions, Friday 25, 2009

	Room 201 (54)	Room 203/204 (50)
08.00 – 09.45	Workshop 3 (YP)	Workshop 5 (YP) Åsa Nilssonne
09.45 – 10.15	Co ee break	Co ee break
10.15 – 12.00	Meet the Expert/Research (YP)	Meet the Expert/Clinical work (YP)



Lycka – en neurobiologisk kommentar

Kan ett så vitt begrepp som 'lycka' förstås utifrån hur hjärnan fungerar?

Ett så komplicerat och abstrakt begrepp som lycka måste med all sannolikhet ha att göra med många hjärnfunktioner. Det är därför svårt att sätta fingret på en enskild hjärnregion eller på något enskilt signalsystem som är relaterat till lycka. Många av hjärnans funktioner har visserligen under senare år utretts med hjälp av bildtekniker såsom MRI. Men att experimentellt studera lycka är svårare. Det går inte att experimentellt framkalla lycka. Eller att säga till en försöksperson att vara lycklig ena stunden och inte lycklig nästa stund och därvid förvänta sig att så är fallet.

Forskningen har i stället inriktat sig på att utreda enklare hjärnfunktioner som i sin tur kan ses som en del i eller ett underlag för det vidare begreppet lycka. Det finns till exempel en ganska rik litteratur kring hur olika lustupplevelser aktiverar olika delar av hjärnan. Allt ifrån avslappnande massage och sexualitet till god mat och angenäma musikupplevelser.

När idrottsmän nått framgång på tävlingsbanan så hör det till att göra en segerintervju. "Nu känner jag mig riktigt lycklig", säger de ibland. Det är frestande är koppla denna typ av lycka till hjärnans belöningssystem. Efter månader eller år av träning får idrottsmannen sin belöning i form av en efterlängtd guldmedalj.

Belöningssystemet är också en viktig del i allas vår vardag. Tentamensläsning sent på natten får sin belöning i form av en avklarad kurs. Den trista klippningen av gräsmattan genomförs inför utsikten att få en kall öl. Onekligen har mycket av människans landvinningar och utveckling genom historien sin grund i hårt arbete med en belöning i sikte.

Redan på 60- och 70-talet kunde man visa att signalsubstansen dopamin har central betydelse för hjärnans belöningssystem. I studier på försöksdjur kunde farmakologer påverka belöningssystemet med experimentella substanser som antingen sätter fart på eller hämmar dopaminsystemet.



Foto: Carol Schultheis

Tidigt visade det sig att antipsykotiska läkemedel har en hämmande effekt på belöningssystemet. Samtliga dessa läkemedel blockerar hjärnans dopamin-2 receptorer.

Anhedoni, eller oförmåga att uppleva lust, är ett tidigt beskrivet kardinalsymptom vid schizofreni. Om detta i förlängningen också innebär oförmåga att känna sig lycklig är inte lika tydligt klarlagt. Men, dessa frågeställningar rörande grundsjukdomen är också aktuella vid farmakologisk behandling. Eftersom antipsykotiska läkemedel har en hämmande effekt på hjärnans belöningssystem så manar det till försiktighet med dosering. Det finns en risk att medicinering med höga doser begränsar patientens möjlighet att känna tillfredsställelse efter en insats. En tillfredsställelse som är en av många komponenter i det komplexa lyckobegreppet.

Lars Farde
Professor i psykiatri
Karolinska Institutet

Psykiatri i Almedalen

För första gången var SPF med som medarrangörer vid en heldag om psykisk hälsa. Motorn bakom hela arrangemanget var Ing-Marie Wieselgren, i sin roll utifrån kvalitetsregister i Uppsalapsykiatri samt Modellområden för ungas psykiska hälsa – ett projekt inom SKL, övriga medarrangörer var SFBUP, Psykiatrifonden, Äldrepsykiatriska Föreningen och NSPH.

Inhyrda i ett café hade man föreläsningar hela dagen. Svensk psykiatri delades ut, information om Psykiatrifonden, flyers om NCP. Lena Eidevall från SFBUP, Ingvar Karlsson från Äldrepsykiatriska föreningen och Lise-Lotte Risö Bergerlind från SPF. Man pratade med förbipasserande och mötte mycket folk från psykiatri, sjukvården och kommunala sidan, tjänstemän och politiker, föreläsningarna var välbesökta.

En åklagare ville lämna synpunkter när man pratade om användningen eller bristen av AUDIT.

Under dagarna har man spridit kunskap och information, haft en utåtriktad kontaktyta, knutit värdefulla kontakter som bidragit till fördjupat samarbete mellan SFBUP, Äldrepsyk och SPF.



Lena och Lise-Lotte framför Psykiatrifondens bord som fick stort utrymme i lokalen

”Psykiatrifonden” utgjorde ett blickfång utanför lokalen.



Foto: Ingvar Karlsson

Psykiatri i Almedalen



Ingvar Karlsson från Äldrepsykiatriska Föreningen

Sofia Åkerman höll ett mycket engagerande och tankeväckande inlägg om sina egna erfarenheter som patient med självskadebeteende. Nu är hon sjuksköterska och frisk.



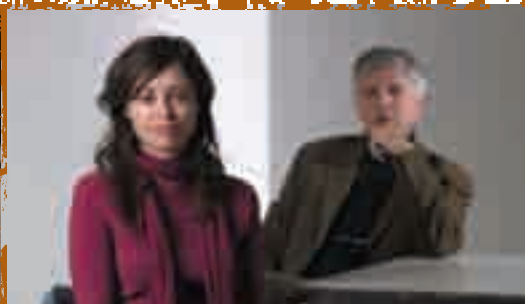
Ulf Larsson (verksamhetschef för psykiatri i Gotland) och Ing-Marie Wieselgren efter en lyckad dag.

Foto: Ingvar Karlsson



26 miljoner patienter har fått hjälp.¹

Mot hot som inga lås kan stoppa.



1 IMS Patient Level Data

Zyprexa (olanzapin) N05AH03 Rx. Indikationer: Behandling av schizofreni, måttlig till svår manisk episod samt som profylaktisk behandling av återfall i bipolär sjukdom för patienter som svarat på olanzapin vid behandling av akut mani. Beredningsformer: Dragerad tablett 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg. Velotab, frystorkad tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. Dosering: Schizofreni, startdos 10 mg/dag. Manisk episod, startdos 15 mg/dag vid monoterapi eller 10 mg/dag vid kombinationsbehandling. Profylax av återfall i bipolär sjukdom, startdos 10 mg/dag. Patienter som fått olanzapin för behandling av manisk episod kan fortsätta med samma dos för den profylaktiska behandlingen. Dosen kan därefter, vid behandling av schizofreni, manisk episod och profylax av återfall i bipolär sjukdom, anpassas individuellt inom dosområdet 5–20 mg dagligen beroende på patientens kliniska respons. Datum för översyn av produktresumén, 2008-07-28. För ytterligare information och pris se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.

Lilly

Beroendeforskare i Ungern inom europeiskt samarbete

European Association of Substance Abuse Research (EASAR) anordnade sin tolfte konferens i Mátraháza, nordöstra Ungern, 7-10 maj 2009. Sociologen professor Vera Segræus och jag fick ordna ett tidigare EASAR-möte i Sigtuna 2002. Vilka svenskar vill fullfölja traditionen? Vi är inbjudna!

Det finns flera samarbetsorgan om beroendefrågor med skiftande inriktning.

Superspecialisering är ett motto, bred tvärvetenskap ett annat, utbildning för yngre ännu ett. EASAR står för en fin kombination. Zsolt Demetrovics, Budapest, inbjöd till årets möte som ägde rum på Ungerska Vetenskapsakademiens konferenscentrum i Mátraháza nära Ungerns högsta "alp", Kékes Tető, 1.014 m hög (med slalombacke där i maj gulsipporna och ramslöken blommade). Underbara skogar med promenadstigar.

"Man behöver en frisk människa att tala med – gärna diskussioner i pelargångar" (PG Gyllenhammar).

Ordföranden, professor Wim van den Brink, Amsterdam Institute for Addiction Research, inledde med sin kombination av djupa kunskaper, eminent pedagogik och stor diskussionslust och välkomnade ett trettiotal privilegierade deltagare. Psykologiprofessorn Miles Cox, Bangor University, Gwynedd, Wales, redogjorde för spännande studier då man testade försökspersoner under alkoholpåverkan, med psykometrisk metodik och positronemissionstomografi (han hälsade till prof. emer. Hans Bergman). Jag som ende svensk fick översiktligt berätta om svenska bidrag till kunskapen om alkohol och graviditet.

Zsolt Demetrovics (psykolog på Eötvös Loránd University) och Csaba Barta (genetiker på Semmelweis-universitetet) m.fl. i Budapest, redogjorde för studier av heroinister som fick Suboxone (buprenorfin/naloxon-kombination), som testades med bl a ASI, SCID-I, SCID-II, Hamiltons depressionsskala, Heroin Craving Questionnaire och ADHD retrospektiva formulär. Man fick goda effekter av att med buprenorfin med sin afinitet till my-receptorn tränga ut heroin eller metadon från sina bindningsställen.

176 heroinberoende patienter testades fenotypiskt med hänsyn till relevanta gener. Kodregion (exon 3 VNTR) och promoter (-521CT, -615AG, -616CG och 120 bp duplikation) för dopamin D4-receptorgen (DRD4), TaqIA, B och D-polymorfismer för DRD2-genen, dopamintransportern (DAT) 3' VNTR och intron 8 VNTR, liksom serotonintransporter-, katekolamin-O-metyltransferas-(COMT) och butyryl-kolinesteras (BCHE)-genen testades. Genotypen befanns ha betydelse för hur man reagerar på "MMT", metadon-underhållsbehandling, bättre kallat rehabilitering med farmakologiskt stöd.

Hänger ni med? Jag hade ibland litet svårt trots Csabas briljanta pedagogiska framställning (han är delvis utbildad i USA). Men visst har beroendeforskningen utvecklats fantastiskt! Djup empiriskt förankrad kunskap och metaetik i stället för gläpord och luddig "ideologi".

Ett spännande avsnitt handlade om epidemiologiska studier av spelberoende med bidrag från IFT, Institut für Therapieforschung i München, och Eötvös Loránd-universitetet i Budapest. (Temat behandlades sedan också i Visby i början av juni i år, med Barbro Westerholm som ordförande, i närvaro av spelchefen Margareta Winberg och med närmast bejublade föreläsningar av professor Johan Franck och docent Stefan Brené, Karolinska institutet).

Inom sektionen för neurobiologi visades posters på en solig uteterrass, där man hörde gökarna tävla om att gala högst. Begåvade och vänliga presentationer av unga forskare om neurokognitiva och "neuroimaging" prediktorer för prognosen vid cannabissmissbruk. Modafinil och N-acetylcystein har föreslagits som gynnssamma efter missbruk av kokain. Den unga psykologen Judit Farkas hade gjort en epidemiologiskt oklanderlig studie om alkoholbeteenden hos ungerska universitetsstudenter, och vi gjorde jämförelser mellan Judits kommande verk och Claes Anderssons doktorsavhandling från Lund och Malmö.

I Sverige måste man skärpa sig för att hänga med i den internationella kunskapsutvecklingen inom beroendområdet. Steget från prevention och god omvårdnad i klinisk vardag till grundforskning får inte vara alltför stort. Och jag vet att den utmärkte genetikern Csaba Barta (liksom Stefan Brené slalomåkare) var inbjuden till Stockholm i våras för att föreläsa på en ADHD-konferens. Mer av sådant!

Wim van den Brink välkomnar kontakt, och jag har deltagarlista med adresser och hela programmet från Mátraháza.

Ulf Rydberg,

Professor em. i klinisk alkohol- och narkotikaforskning

Fattig men lycklig?

Jag skulle nog kunna försvara påståendet att jag som utredande rättspsykiater träffar flera av dem som har det sämst ställt i Sverige. Personligen är det något som alltid lockat mig med rättspsykiatri. Då någon frågar mig "Men varför rättspsykiatri? Gillar du deckare?" kan jag ärligt svara att det inte har med saken att göra. Någon deckare har jag inte läst sedan min Sherlock Holmes-fas när jag var 13. Det som fått mig att välja rättspsykiatri över allmänpsykiatri har varit följande två saker: inom rättspsykiatri träffar jag alla möjliga diagnoskategorier och ofta dess ytterligheter, samt att jag träffar dem som är längst ner på stegen i samhället - de har begått brott och de är sjuka. Sämre kan det knappast bli och således är chansen stor att det kan bli bättre. Jag har ofta slagits av den trevliga stämning som råder mellan personal, läkare och patienter på rättspsykiatriska avdelningar, men jag skulle nog inte påstå att mina patienter var bland de lyckligaste människor jag träffat.

Ofta har jag hört just detta om andra som har det illa ställt. Jag har hört "på min farfars fars tid hade de minsann inte något rinnande vatten annat än i bäckarna och de hade tur om de ens fick potatis till frukost, lunch och middag men lyckliga var de. Jajamensan!". Om samtida personer hör jag nog bara detta från dem som varit på exotisk semester utomlands. "I Tibet/Gambia/ Brasilien är de så fattiga, men så är de ju så lyckliga jämfört med oss med våra sekulära värderingar och våra materiella excesser."

Inför detta nummer om lycka bestämde jag mig för att utforska denna myt och ställde frågan "Är fattiga människor lyckligare?" till Petter Jakobsson som är pastor i Svenska Missionskyrkan och arbetar på biståndsorganisationen Diakonia.

K: Stämmer den här fördomen man har av att fattiga människor är lyckligare? Man hör ju ofta, 'de har ju ingenting i men är ju så lyckliga jämfört med oss'.

P: Nej, det stämmer inte. Det finns ju lyckliga fattiga människor men det finns också fattiga människor som blir 'lyckliga' av besök av rika människor. Jag tror i själva verket att fattiga människor är mindre lyckliga än de som har lagom med pengar. Kontrasten mellan misären och deras ansiktsuttryck kan ge intrycket av att de är lyckliga. När man reser till ett land kan man ju få sina fördomar bekräftade, om man inte bryr sig om att lära känna invånarna mer än ytligt.

K: Talar du och dina medarbetare i utvecklingsländerna ibland om lycka? Vad säger de då?

P: Vi talar mer om värdighet än om lycka, men man talar ju om lycka som en del av utvecklingen i ett land. Vid utveckling ökar individens valmöjligheter och därmed lycka men kanske även dess frustration. Att vara född i Sverige, som är en av världens stabilaste länder, måste ju vara en högvinst jämfört med att vara född i en slum i Nairobi.

Men egentligen tror jag inte att lycka och ekonomi hänger ihop när de grundläggande behoven av mat, säkerhet, sjukvård och utbildning är tillgodosedda. Jag tror däremot att lycka och en känsla av tacksamhet hänger ihop.

K: Tror du att den tanken kommer från dina bibelstudier?

P: Bibeln säger faktiskt väldigt lite om lycka.



Foto: Kristina Sygel

K: Men jag trodde att till exempel himlen var ren lycka och att man hade svårare att komma dit om man var rik - du vet det där med kamelen och synålen?

P: Bibeln talar faktiskt extremt lite om lycka, men den talar mycket om tacksamhet, om relation till det gudomliga men väldigt lite detaljer om himlen. Men visst beskrivs ett idealtillstånd av fred och frid.

K: Har ditt jobb påverkat dig i vad som gör dig lycklig? Detta med tacksamhet osv?

P: Jo, men jag har ju varit pastor i hela mitt vuxna liv, så det är svårt att säga.

K: Skiljer sig lyckobegreppet för dig när du var pastor i en välmående församling från nu när du är biståndsarbetare?

P: Inte annat än att jag är mera tacksam. Människorna har ju precis samma funktioner - det ser ju precis likadant ut för en fattig kenyan som för en östermalmstant.

K: Är det verkligen så?

P: Det jag menar är att det inte finns några exotiska människor. Bara vanliga människor i olika situationer.

K: Tror du att människor blir lyckliga när de får det de vill?

P: Lycka handlar inte om kvantitet. Världiga omständigheter främjar lycka. Man blir nog lyckligare av att få sjukvård än att inte få sjukvård, av att ens barn får gå i skolan än inte gå i skolan. Detta betyder inte att de inte kan vara lyckliga utan dessa saker. Ofta är det strävan som skapar lycka snarare än att nå målet, att ha en målinriktning. Om du bor i en demokrati och har möjlighet att sträva mot ditt mål utan att ett klansystem eller krig sätter stopp för det så skapar själva strävan lycka. Men vi samtidigt inte skjuta lyckan framför oss, "bara vi ordnar upp ekonomin blir vi lyckliga, bara jag träffar en partner så blir jag lycklig". Att vi hela tiden lägger ett illusoriskt mål framför gör oss inte lyckliga.

K: Men sa du inte nyss att strävan var det som gör en lycklig?

P: Jo men det är strävan och inte själva målet som gäller och definitivt inte om målet är materiellt. Veldig många är upptagna av detta "om vi bara får till köket".

Lyckan handlar om att vara tacksam i stunden men det finns dock en basal nivå. Man kan inte säga "åh vad lyckliga zambiernar är i sina hyddor". De blir ju också olyckliga när deras barn dör av malaria. Det finns ingen självklar koppling mellan att ha saker och vara lycklig, men det finns ett värde i att ha sina grundläggande behov täckta. Någon nationalekonom har räknat ut att om man tjänar 20 dollar om dagen så upphör symtom av fattigdom. Alla vi som tjänar mer lever i excess.

K: Tror du att vi skulle bli lyckligare av att sälja av våra grejor?

P: Ja lyckligast är man väl på en resa när man bara har allt i en väska och se vilken succé Blocket är!

K: Blir man lyckligare av att ha en tro?

P: Det tror jag nog inte. Det rör sig nog inte på den skalan. Om du tar 1000 människor som tror och 1000 som inte tror och de svarar på en enkät så är det nog ingen skillnad. Men man kanske är mera tacksam om man är troende och då är man kanske indirekt mera lycklig. Jag tror inte att jag är lyckligare än mina icke-troende vänner.

K: Vad gör dig lycklig idag?

P: Att jag känner att jag gjort ett bra jobb och att jag haft goda möten med människor och påverkat dem i en bra riktning. Jag blir lycklig av att vara med min familj, att få hålla om mina barn och att få träna mina hundar.

Kristina Sygel
Rättspsykiater
Rättsmedicinalverket



Foto: Carol Schultheis

Anmäl föredrag eller poster till årets Riksstämman!

Årets Riksstämman äger i år rum i Stockholm 25-27 november.

På samma sätt som tidigare år kommer SPF att ha en monter ihop med bl.a. SRPF där Du kan träffa delar av resp. styrelse samt kollegor för en pratstund. Vi planerar att ha en tävling med litteraturpriser.

I år är psykiatrin ovanligt väl belyst i Riksstämme-symposierna, bl a:

- 6. Barn- och ungdomar med sömnproblem: hur kan vi förstå och hjälpa dem? Hans Smedje
- 12. Barnuppföstran och psykisk hälsa. Lena Eidevall
- 30. Specialitetsöverskridande konsensus om handläggning av metabol risk för personer med psykisk ohälsa. Dan Gothefors
- 47. Att göra vad vi vet om ADHD. Lars-Håkan Nilsson
- 54. Schizofreni – att veta vad vi gör och göra vad vi vet. Lise-Lotte Risö Bergerlind
- 76. Vad krävs för en god psykiatrisk vård? Ing-Marie Wieselgren

Fram till den 28 augusti har du möjlighet att anmäla poster eller förslag till fria föredrag!

Vi hoppas att bli många som ses på årets Riksstämman!



*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– Brett sortiment till lägre pris

Under 2007 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 160 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal¹. Detta ger en total besparingspotential på 80 miljoner kronor för hela landet under ett år.

Actavis är marknadsledande på generiskt lamotrigin. Vi erbjuder ett brett förpackningssortiment, både vanliga och dispergerbara tabletter och anpassade förpackningsstorlekar. Nu finns Lamotrigin Actavis även i praktiska endosförpackningar för kliniker och vårdavdelningar.

Låt inte kostnaderna segla iväg – skriv "Lamotrigin Actavis" på receptet nästa gång!

Indikationerna är: Epilepsi (Vuxna och barn över 12 år): Tilläggsbehandling eller monoterapi vid epilepsi med partiella anfall och/eller generaliserade tonisk-kloniska anfall. (Från 2 års ålder): Tilläggsbehandling vid epilepsi med partiella anfall. Bipolär sjukdom (Från 18 års ålder): Förebyggande behandling vid bipolär sjukdom genom att förhindra depressiva episoder. För fullständig indikationstext se www.fass.se

1. IMS Health, kostnad per expedierad DDD 2007.

 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

Så minns vi Bengt Jansson

Professorn emeritus i psykiatri vid Karolinska Institutet, Bengt Jansson, har avlidit i en ålder av 76 år. Hans närmaste är sönerna, teknologie doktorerna Birger, Åke, och Kåre, med familjer.

Bengt Jansson växte upp i Göteborg. Fadern Ivar var seminarielärare. Bengt började läsa medicin vid Göteborgs universitet, blev färdig läkare 1956, med dr och docent i psykiatri 1964. Han utnämndes till överläkare vid Huddinge sjukhus 1974 och professor i psykiatri vid Karolinska institutet 1976. Pensionerades 1998. Han var huvudredaktör för Nordisk Psykiatrisk Tidskrift 1972-79, ledamot av Socialstyrelsens vetenskapliga råd sedan 1975, medlem och ordförande i Karolinska Institutets etiska kommitté 1979-90, medlem av Nobelförsamlingen sedan 1976 och dess ordförande under 1996. Hustrun Linnéa, också psykiater, avled 2003.

Det har med fog hävdats att psykiatri är en svår och krävande medicinsk specialitet. Sociala, psykologiska, kroppsliga och genetiska aspekter måste rimligt beaktas, och det är inte lätt att finna en balans och tillräckligt djup.

Bengt Jansson har på ett lysande och vidsynt sätt visat att det går att integrera evidensbaserad kunskap och avancerad samtalskonst med en saklig och kritisk hållning.

Hans banbrytande doktorsavhandling behandlade psykiska reaktioner hos kvinnor i samband med graviditet. Den har fått efterföljare hos olika elever som avancerat till docentnivå, och medarbetare vid institutionen har själva blivit professorer. Sedan Bengt började på Huddinge sjukhus intresserade han sig starkt för psykiska problem hos invandrare, migranter. En elev i den andan är nu adjungerad professor.

Att vara psykiatrichef har inneburit ansvar för avancerad sjukvård, undervisning, forskning, administration och externa expertuppdrag. Bengt har på ett fantastiskt sätt kombinerat alla roller med deras skiftande krav. Med snabb fattningsförmåga och förmåga till konstruktiv problemlösning klarade han av det mesta, även när det blåste kallt. Hans sociala talang med stort umgänge och hans mjuka sätt att ta hand om personal och patienter är omvittnat. Rollen som vetenskapligt råd och medlemskap i Socialstyrelsens Rättsliga Råd ställde nästan omänskliga krav på bred kunskap och analysförmåga.

Bengt hade sunt förnuft och gedigna kunskaper i medicin som bas för sitt handlande och blev aldrig fast i de skolmotsättningar som psykiatri tidigare led av.

Han var både respekterad och älskad av många. Han var en av huvudorganisatörerna av det internationella Nobelsymposiet om medicinsk etik 1991 i närvaro av Drottning Silvia. Bengt var under en period ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen och efter sin pensionering var han ordförande i Psykiatrifonden till stöd för psykiatrisk forskning i Sverige.

Att kombinera krävande yrkesliv med privata intressen är för många oöverstigligt. Men Bengt klarade också detta. Han har i perioder intresserat sig för matematik, arabiska och bergsbestigning. Vi har på olika sätt upplevt honom som sommarstudent i Heidelberg, i familjens bohuseka med hustrun Linnéa vid rodret, som musseldykare på Styrö bland marris och smultronklöver, på kongress i San Juan, Puerto Rico, på vernissage på Moderna museet och vid långdans efter medeltidsmiddag med Sveriges psykiatriprofessorer och Psykiatriska Föreningens styrelse vid Almedalen i Visby. Tågresan hem till Djursholm utnyttjades till pappersarbete. Ett tilltagande intresse var oenologi och vinprovning, och han ingick på senare år i Vinakademien.

Inom psykiatrin har vi starkt behov av sådana mångsidiga och kloka personer som Bengt Jansson. På sitt försynta och humoristiska sätt har han spelat en helt central roll i svensk psykiatri.

Ulf Rydberg, professor em. i klinisk alkohol- och narkotikaforskning
Lennart Wetterberg, professor em. i psykiatri
Marie Åsberg, professor em. i psykiatri
Samtliga vid Karolinska Institutet

Lyckan är en sällsam fågel

Uppmaningen att skriva om Lycka var oemotståndlig - detta tillfälle måste bara gripas tänker jag! Här följer mina lätt osorterade tankar runt temat.

Salutogenes och Alfons farmor

I den del av landet där jag bor finns en klassisk epidemiologisk studie som häromåret fyllde 60 år, den s.k. Lundbystudien. Det är en stor studie i det lilla formatet, den utspelar sig i ett litet hörn av den skånska landsbygden och har haft många stora aktörer bland forskarna, med många ringar på vattnet. Det i mitt tycke riktigt intressanta med Lundbystudien är att man i en sådan här longitudinell studie tydligt får syn på att ett stort antal människor kan ha/vara utsatta för samma riskfaktorer - de man till vardags oftast lite lättvindigt påstår orsakar/är starkt bidragande faktorer till psykisk sjukdom och psykisk ohälsa - men att långt ifrån alla med t.ex. alkoholiserad pappa, skilda föräldrar, trauma eller annat utvecklar sjukdom.

Ja - du som läser den här artikeln vet förmodligen det mesta redan om Salutogenesbegreppet och allt man idag känner till om risk- och friskfaktorer, och Aaron Antonovskys med fleras bidrag till detta viktiga kunskapsfält. För ett antal år sedan hade jag förmånen att se Antonovsky rita en liten, oansenlig skiss på en whiteboard för att berätta om hur han såg på Lycka. Han ritade en bred flod med små prickar i som föreställde olika skär, hinder, händelser i livet och så ritade han dit strömmen i vattnet och så de små människorna som flöt fram i livets stora flod och kryssade mellan olika små och stora svårigheter och prövningar i livet, men i korta ögonblick kunde säga sig uppleva Lycka. Att detta var undantagen från det vanliga. Och att nutidsmänniskans problem kanske delvis var att förvänta sig Lycka nästan jämt istället för att se det som just dessa glimtar som skimrar som ädelstenar.

Alfons Åbergs farmor uttrycker detta på ett liknande sätt när hon förklarar för barnen varför man måste ha tråkigt så ofta - att det är just i kontrasten själva finessen ligger, att det inte går att uppleva lycka/glädje utan tristess/sorg.

Insikten om att Lycka inte är något givet i varje ögonblick eller för vissa människor men att den finns och att den är möjligt att uppleva även i oerhört svåra levnadsförhållanden, att den är en förmåga och ett tillstånd som man kan få vara med om och som man måste lära sig att ta tillvara.

På Google får man fram över 200 000 sökresultat på Litteratur och Lycka. Jag hittar en artikel om en ungersk författare som dog på 30-talet och som skrivit om Lycka bland mycket annat mitt emellan kriget och titeln på artikeln om honom är *Lycka är ett kort ögonblick mellan begär och sorg*. En fantastisk beskrivning av det som Antonovsky och Alfons farmor pratar om.

Lycka och ytlighet? Smärta och djup??

I både opera, teater och litteratur tycks det finnas en föreställning om att det som handlar om Lycka kan sorteras in i "feel-good"-genren, lite lättviktigt, lite populärt, inte så svårt att förstå eller ta till sig. Det är ju finare att vara "svårmodig". Ofta ställs ytlighet och Lycka på en sida och smärta och äkthet på en annan.

I mycket av dagens litteratur, oavsett genre, finns en stark förkärlek för incest, dysfunktionella familjer, traf cking, mobbing, sprit, knark, tjuveri och ekonomisk brottslighet trots att det väl ändå är så att de flesta människor aldrig utsätts för brott, att de flesta inte lever sådana liv. Blir man lycklig av att läsa om detta? Är det bra för oss? Fyller det en funktion? Får vi ur oss en del av det som vi annars skulle behövt agera ut eller åtgärda på annat sätt? Eller fyller det oss istället med oönskade känslor?



Forsärla. Foto: Carol Schultheis

Jag slås också av möjligheten att det kanske är ännu svårare för män att skriva om Lycka just för att det kan verka lite banalt, höra till den lilla sfären. Därför är det en glädje att en man skrivit de otroligt populära böckerna om *Damernas detektivbyrå*. De är ett exempel i nutidslitteraturen där man kan se Mma Ramotswe som en människa som personifierar hur man kan ta för sig av Lycka utan att göra det på andras bekostnad och hur man kan vara lycklig i ett land med många stora svårigheter. Hon tar sig an död, brott, problem utan att solkas ner och i böckerna finns en obändig grundton av Lycka.

Många jag känner önskar att det skulle finnas ett intresse hos media att skildra Lycka, det som är bra. Man önskar att det fanns tidningar som enbart tog upp goda nyheter för att ge oss människor en annan bild av tillvaron, och menar att det finns mycket mer att glädjas åt än att förfasas över i tillvaron och att vi behöver påminnas om det.

Men i diskussioner med journalister har jag ännu inte mött någon som ser ett nyhetsvärde i att berätta om det som är bra.

Härifrån går det lätt att anknyta till det Björn Wrangsjö tangerade i förra numret av Svensk Psykiatri kring vad som händer med oss när vi formligen duschas i elände dagligen. Har vårt samhälle förstört något fundamentalt genom denna iver att upplysa oss? Måste man varje dag läsa om risken att ett antal män eller kvinnor går omkring med t.ex. struma eller höjt blodtryck eller cancer utan att veta om det? Behöver man veta att det skett ett Nytt Mord igen någonstans så att man till slut tror att detta måste vara en av de vanligast förekommande händelserna i vårt land. Vidmakthålls istället vanmakt, rädsla?

Många jag möter som patienter, men också kollegor, anhöriga, vänner, släktingar, kort sagt människor i allmänhet, tycks fastna i just detta vidmakthållande av orättvisa och vanmakt och jag slås ofta av hur man kan krångla till livet, hur man kan fastna i oförrätter, inte kunna gå vidare, fastna i sin historia. Detta med att kunna göra om sin egen livshistoria är ju en av de stora tillgångarna med psykoterapi, att kunna se med nya ögon på det som hänt, att faktiskt skriva om historien, skapa den igen baklänges. Man kan ju på det viset säga att man kan påverka sin egen lycka, allt är inte skrivet i sten vid födseln.

Kan man öva upp sin förmåga att bli lycklig??

Den holländska professorn Ruut Veenhoven har visat att för friska personer är medellivslängden 7,5-10 år längre för dem som är lyckliga än för dem som är olyckliga. För redan sjukliga personer har däremot lyckonivåer liten påverkan på livslängden.

Flera tänkbara skäl till att Lycka kan förlänga livet nämns i denna artikel, till exempel att lyckliga människor är mer benägna att leva hälsosamt genom att motionera och ha ett måttfullt tobaks- och alkoholbruk och att de i högre utsträckning reagerar på sjukdomssymtom. Resultaten pekar mot att vi kan göra människor friskare genom att göra dem lyckligare och öppnar nya vägar för förebyggande folkhälsoarbete.

På detta sätt närmar jag mig frågan om man kan öva upp sin förmåga att uppleva Lycka? Det tycks finnas en hel del skrivet om detta och en del forskning också.

Jag hittar ett exempel till bland många som jag vill nämna - gympaläraren i TV-programmet Klass 9 A. Han heter Igor Ardoris och har gett ut en bok som handlar om Lycka, men som heter *Själförsvar*. I reklamtexten för denna bok står följande att läsa: "Många utgår från att de kommer att bli lyckliga när de Lyckas, samtidigt som de ser det som omöjligt att vara lyckliga om de inte Lyckas. Men i själva verket finns det inget direkt samband mellan att vara lycklig och att Lyckas med det man företar sig! Men alla har tyvärr inte samma förutsättningar att uppleva Lycka - förmågan att hantera motgångar och svårigheter skiljer sig från person till person. Därför är det så viktigt att veta att även denna förmåga går att träna upp! På samma sätt som vi går till gymmet för att träna kroppen, kan vi ta till oss metoderna för Själförsvar för att stärka vår inre balans."

Ja så kan det kanske vara? En liknande inställning spårar jag hos en kvinnlig amerikansk professor i psykologi. Min svårighet blir här att jag måste skala bort lite av det flåshurtiga, amerikanska anslaget - man får liksom göra ett slags avdrag för att det ska passa våra nordiska tankar och temperament. Men när det är gjort så presenterar Sonja Lyubomirsky en hel del praktiska förslag. I hennes råd ingår sådant som att praktisera vänlighet, optimism, att förlåta folk, att investera i relationer och att träna fysiskt och att t.ex. meditera samt att öva sig att hamna i "flow". Hon menar att det är ett projekt som är möjligt att tillägna sig, en livshållning med ett antal konkreta komponenter som måste läras in, övas på och vidmakthållas.

En hel del forskning bedrivs uppenbarligen inom detta område och har visat en del spännande resultat - varför några är lyckligare än andra och hur de blir det. Och jag tänker att detta är ganska relevanta frågor även för vårt arbetsområde och för oss själva. Till en del tangerar det onekligen vårt fält eftersom olycka och att vara olycklig präglar mycket av tillvaron för många som vi träffar som patienter eller anhöriga.

Slutligen ber jag att, via filosofen och lyckoforskaren Bengt Brülde, få återvända till de gamla grekerna. Han presenterar i en artikel den senaste internationella lyckoforskningen och diskuterar vad som gör en människa lycklig.

Lyckan är inte något tillstånd utan en aktivitet, menar han och citerar Aristoteles: "Lyckan är ett slags verksamhet". Man kan lära sig denna verksamhet, den kan helt enkelt komma att bli en vana. Och denna praktik bedrivs bäst tillsammans med andra människor, menade Aristoteles. Den verksamhet man bedriver för sig själv kan lätt förefalla meningslös om den inte ingår i ett socialt sammanhang.

Lycka är ett gemensamt projekt säger han.

Lena Eidevall

Leg läk, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, leg. psykoterapeut

Detta är en sammanfattning av en längre artikel som tillsammans med referenser finns publicerad på www.svenskpsykiatri.se

**"Lyckliga dag som började så svårmodig
svart under de gröna träden
men plötsligt dränkt av morgonrodnad
obevakat trädde in i mitt hjärta"**

Ur en dikt av Paul Éluard (1895-1952), Till Pablo Picasso

Här hade vi kunnat presentera Din annons!

Kontakta oss! Vi har även möjlighet att hjälpa till med att utforma Din annons.

Du kontaktar oss via

annonser@svenskspsykiatri.se



Foto: Carol Schultheis

Psykiatri Nordöst, Stockholms läns sjukvårdsområde,
inbjuder till nationell konferens

35 år med teampsykiatri – dags för förnyelse?

Mycket ny kunskap har tillkommit sedan psykiatrin etablerade sitt nuvarande arbetssätt i mitten av sjuttioalet. Kraven på evidens har blivit tydligare samtidigt som tidigare behandlingsmetoder nu diskuteras och omvärderas. Nya krav på produktivitet och ökad flexibilitet måste mötas med nya arbetsformer.

Syftet med denna konferens är att belysa hur psykiatrin ska ta ställning till sina invanda arbetsmönster för att kunna möta dagens krav.

Frågor som kommer att belysas under konferensen

- Hur ska vi förbereda oss inför de kommande 10-20 åren?
- Hur ska framtidens arbetssätt utformas?

Målgrupp

Verksamhetschefer, enhetschefer, beställare och centrala befattningshavare inom Hälso- och sjukvården och sjukvårdspolitiker med ansvar för psykiatrifrågor.

Tid

Onsdagen den 7 oktober 2009 kl 09:00-17:00

Plats

Ingenjörsvetenskapsakademin, IVA
Grev Turegatan 16, Stockholm

Konferensavgift

1200 kr exkl. moms.

Lunch samt förmiddags- och eftermiddagskaffe ingår

Mer information samt anmälningsformulär hittar du på www.slso.sll.se/npsykiatri

Psykoedukation – en viktig grundsten för modern psykiatri!

Psykiatrin går framåt i Sverige och det är ”vind i seglen”. Ett viktigt område som vi måste prioritera ytterligare är de psykoedukativa insatserna som en grund för all behandling.

Redan idag visar forskning på värdet av psykoedukation för patienterna och deras anhöriga för att minska risken för återfall i sjukdom, förbättra prognosen samt till viss del förebygga sjukdom hos de anhöriga. Visst finns det mottagningar och avdelningar där man idag använder sig av dessa behandlingsmetoder men det är ändå långt ifrån en given grund för behandlingarna av våra patienter och deras närmaste, här måste till en förändring! Vi måste lyfta in olika evidensbaserade psykoedukativa inslag, till exempel patient- och anhöriggrupper, i behandlingen så att det blir lika självklart som förstavsbehandling med Litium oftast är till patienter med bipolär sjukdom typ I.



Heljä Pikhala

Psykoedukation ett under använt ord

Under Svenska Psykiatrikongressen, SPK, 2009 höll överläkare Heljä Pikhala, Västerbottens läns landsting, ett föredrag om den evidensbaserade familjeinterventionen Beardslee och dess positiva behandlingvinster för patienter med barn.

Pikhala, som själv doktorerar på området, berättade om metodens preventiva effekter och även om familjernas upplevda positiva effekter på grund av bland annat ökad förståelse av samt minskad skuld för sjukdomen för både patienten och dess barn efter interventionen.

Foto: Carol Schultheis

Familjeinterventionsmodellen är implementerad i hela Finland och sprids nu i Sverige.

Vid SPK höll även överläkare Deanne Mannelid, Norra Stockholms Psykiatri, tidigare enhetschef psykos enhet nu enhetschef Länsakuten, ett föredrag om psykoedukation i allmänhet med inriktning på anhöriggruppen barn i synnerhet. Hon berättade bland annat om det arbete som bedrivs på den psykos enhet hon tidigare varit enhetschef för, med olika psykoedukativa grupper för patienterna, och beskrev också vikten av att inte glömma den yngsta anhöriggruppen. Mannelid beskrev även i sitt föredrag att hon inför detta letat efter en ordbeskrivning av Psykoedukation i olika uppslagsverk utan att hitta någon och förhoppningen om att användandet av ordet kommer att öka så mycket att det blir ett självklart begrepp väl förankrat i SAOL.

Stort ansvar hos oss läkare

Det säger sig egentligen själv att patienterna och deras anhöriga måste få all tillgänglig information om sjukdomstillstånden för att veta när de själva ska söka vård, eller de ska hjälpa sin anhörig till vård. Patienten måste få veta vad han eller hon kan göra för att förebygga återfall, vare sig det handlar om att ta kontakt med sin läkare, minska stressfaktorer eller höja neuroleptikadoseringen en tid.

Det spelar liten roll hur mycket kunskap vi besitter om den inte når ut till dem den berör så att de får nytta av den. Att vi i vårt yrke använder psykoedukativa inslag är nog en självklarhet för de flesta av oss men genom mer strukturerade psykoedukativa insatser som en grund till all behandling till patient och anhöriggrupper kan vi nå ännu längre och med säkerhet förbättra livskvaliteten hos våra patienter. Psykoedukation är därför ingen mjukvara som inte har så stor betydelse, psykoedukation är ”hardcore” psykiatri som måste prioriteras och i att göra det har vi läkare ett stort ansvar.

Maria Larsson
Överläkare

Stockholms Centrum för Åtstörningar

För mer information om familjeinterventionen Beardslee gå exempelvis in på www.spfst.svenskpsykiatri.se och titta under åhörarkopior.

För mer information allmänt om vinster av psykoedukation sök på Skolverkets, Socialstyrelsens och Statens folkhälsoinstituts kunskapsöversikt ”Tänk Långsiktigt”.

För forskningsreferenser kontakta gärna maria.h.larsson@sll.se



PSYKIATRIFONDEN

Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsstiftelse med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 1 miljon kronor.

För att fortsätta att aktivt kunna stödja svensk forskning inom området, behöver vi dig som medlem!

Du betalar in till Plusgirokonto 90 07 501 eller Bankgirokonto 900-7501.

Årsavgift: 100:- för enskild medlem

Ständig medlem: 2000:-

Stödjande medlem/företag: 10 000:-/år.

Gåvor från enskilda och organisationer är varmt välkomna.

Om Du önskar ytterligare information tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se, tfn 033 616 40 55.



PSYKIATRIFONDEN

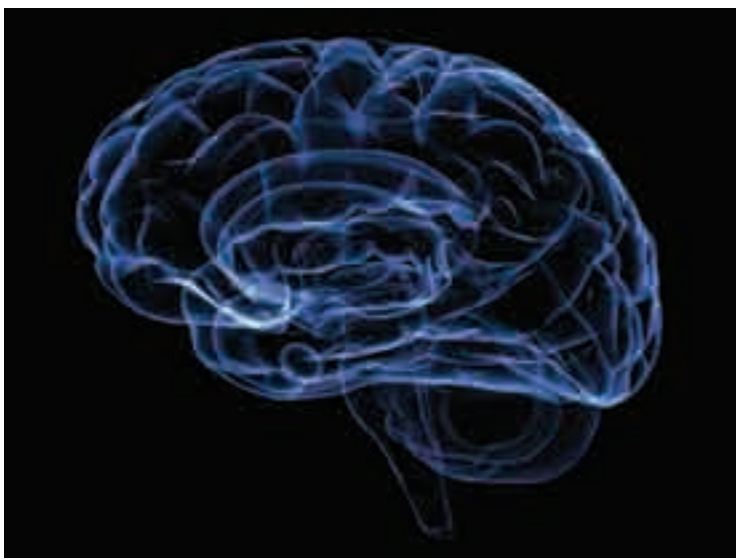
WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE

Biologins och neurovetenskapens roll inom klinisk psykiatri och utbildning

Den europeiska samordningsplattformen för nationella specialistföreningar Union of Medical Specialities (UEMS), inom vår profession Section and Board of Psychiatry, bedriver verksamhet för samordning av utbildning och professionell verksamhet inom EU-länder samt närliggande observatörländer. Ett primärt syfte är harmonisering för gemensam kvalitetsutveckling och för att underlätta för fri rörlighet för verksamma läkare inom den europeiska arbetsmarknaden. Följande text har tillkommit i en arbetsgrupp inom UEMS Section of Psychiatry och för textens utformning är Nils Lindefors huvudförfattare. Den här publicerade texten utgör en översättning, som i allt väsentligt överensstämmer med en remissversion som cirkulerats i medlemsorganisationerna under sommaren 2009.

Ett grundläggande budskap är att alla aspekter av psykiatri har en biologisk dimension och att detta måste beaktas i utbildning, fortbildning (*continued professional development* - CPD) och i kliniskt beslutsfattande. Denna aspekt av vårt arbete som läkare och psykiatriker befäster en viktig grund för vår kliniska roll och förutsättning för utveckling av vårt yrke. Den vetenskapliga utvecklingen inom området biologiska aspekter av klinisk psykiatri (dvs. klinisk neurovetenskap) är överväldigande och strukturerade verktyg behövs för bästa praxis och utveckling av användbar klinisk professionell kunskap.

Allvarliga psykiska sjukdomar har visat sig innehålla markanta och systematiska förändringar i neuronal funktion och ofta också i hjärnans funktionella struktur. Förändringarna kan vara av förmodat tidigt utvecklingsursprung eller uppträda senare i livet eller en kombination av dessa båda. Härav bör antas att alla effektiva behandlingar förväntas involvera adaptiva förändringar i de angripna nätverken. Detta perspektiv måste inkluderas med hänsyn till nödvändig kompetens som behövs för en professionell psykiatriker.



1. Utveckling inom psykiatrisk neurobiologi

Kunskap i psykiatrisk neurobiologi växer snabbt till följd av omfattande forskning. Kombinationen av resultat från områden som molekylär genetik, epidemiologi, hjärnabbildning, farmakologi, grundläggande neurovetenskap, kognitiv neurovetenskap, psykoterapi och fenotypundersökningar ger oss beståndsdelarna för en helhetssyn på psykiatrisk sjukdom med omfattande möjligheter till utveckling av klinisk psykiatri. Denna rapport ger en bakgrund och en del slutsatser för specialistutbildning och fortlöpande yrkesmässig kompetensutveckling för en djupare förståelse för etiologi, patofysiologi och behandling av psykiska sjukdomar.

Traditionell biologisk psykiatri har övervägt diagnostiska procedurer såsom vävnadsundersökning och behandlingar som psykotropiska läkemedel, elektrokonvulsiv behandling och psykokirurgi. Emellertid blir begreppet biologisk psykiatri som en separat del av specialiteten mer och mer problematiskt. Med mer exakt metodik och mått kan vi spåra inblandning av specifika neuronala nätverk i hjärnan som uppstått som resultat av episod(-er) av psykiatrisk sjukdom.

Detta är förändringar som ofta bidrar till att förklara sjukdomars specifika psykobiologi och kan föra förståelsen av verkningsmekanismer för effektiva behandlingsmetoder framåt.

Experimentella modeller där mellanliggande fenotypkoncept tillsammans med molekylär genetik har använts för att förklara hjärnans struktur och funktion och dess förhållande till specifik kognition och känslor. Sålunda är en funktionell anatomi för nervsystemet viktig för bättre förståelse för orsaker till och patofysiologin vid psykiska sjukdomar. Härav kan fruktbar sammankoppling göras mellan hjärnabbildning och molekylär genetik, mellan hjärnans funktionella struktur och individuell variation av densamma och vidare till kognition och emotion.

För att ha en rimlig chans att följa denna utveckling och implementera nya verktyg till nytta för våra patienter behöver vi organisera grundläggande utbildning och fortbildning (CPD) för att utveckla och upprätthålla relevanta kunskaper. Psykiatrisk neurovetenskap tillhandahåller insikt i tidigare oanade områden och några exempel kan nämnas. Modern hjärnabbildning, kognitiv neurovetenskap och molekylär genetik visar tydligt att ickebiologiska metoder som psykologisk behandling/psykoterapi kan ha signifikanta och funktionellt ändamålsenliga effekter på hjärnans funktion. Ur andra perspektiv ger nya metoder inom molekylär genetik belägg för specifika genpolymorfismers viktiga roll vid etiologi vid psykiatriska störningar och syndrom. Alternativa individuella genotyper kan exempelvis resultera i varierande känslighet för stress och därmed varierande risker för psykisk sjukdom senare i livet.

2. Etiologi och diagnostik

Arv/gen och miljö som alternativa orsaker till psykisk sjukdom har alltid varit en fråga för diskussion inom psykiatin. Moderna verktyg i molekylär genetik kombinerat med epidemiologi och systematiska kliniska utvärderingar kommer i framtiden att leda till allt mer användbara system för behandlingsurval. Erfarenhetsmässigt är psykologisk stress en välkänd riskfaktor för psykisk ohälsa. Exempelvis ger molekylär genetisk polymorfism (dvs frekventa genvarianter) i gen för serotonintransportör (5-HTT) möjlighet att särskilja individer med varierande risk för depression och självmord som resultat av stressande händelser tidigt i livet. Även om dessa fynd tydligt implicerar gen-miljöpåverkan har det hittills inte varit möjligt att hitta enskilda gener som dominerande förklaring för risken för psykiska störningar. Snarare tycks många gener i allmänhet samspela för individuell sjukdomsrisk. Studier av gen-miljöpåverkan i psykiatri kommer att bli en stor utmaning i framtiden. Dessutom kommer vetenskapen om resultaten från denna forskning att få en viktig innebörd för diagnostisering och behandling samt förebyggande av sjukdomar.

3. Behandlingar

Läkemedelsutveckling inom psykofarmakologi innefattar nya verkningsmekanismer med effekter som de flesta psykiatriker ännu inte känner till. Så har exempelvis farmakologisk potentiering av psykologisk behandling (exponering) rapporterats där minskad social ångest kan förstärkas genom samtidig behandling med D-cykloserin, agonist för glutamat (NMDA)-receptorer.

Multimodal behandling är ett begrepp som har blivit användbart inom psykiatin och beskriver observerade synergieffekter genom kombinerad farmakologisk och psykologisk behandling. Detta har särskilt använts för att utveckla bästa behandlingen för ADHD hos barn. Aktuella observationer tyder på att det multimodala tillvägagångssättet är användbart inom flera områden inom psykiatin. Utvecklingen av modern ADHD-behandling är ett bra exempel på hur kombinationen av neurovetenskap och psykologi har medfört att utvecklingen varit till stor betydelse för de drabbade barnen.

Molekylär genetik har varit användbar för att förstå individuella variationer i farmakokinetik och på sista tiden även farmakodynamik av psykotropiska läkemedel. Samma metoder som i farmakogenetik används idag för att undersöka individuell variation i respons på psykologisk behandling. Mindre är känt i detta nya forskningsområde, men det är uppenbart att psykiatriker i framtiden behöver övervaka denna utveckling för att kunna implementera nya och mer effektiva behandlingar.

Hjärnabbildning inom psykiatin har historiskt sett främst använts för att undersöka hjärnans struktur. Emellertid ledde funktionell avbildning tidigt till begreppet hypofrontalitet vid schizofreni. På senare tid har vi exempel såsom hyperreaktiv amygdala vid paniksyndrom och frigörande av större mängd dopamin vid schizofreni som exempel på utvecklingen av funktionell anatomi vid psykiatriska sjukdomar. Positronemissionstomografi (PET) har t.ex. använts mycket i modern läkemedelsutveckling och visar inblandning av specifika signalsubstansreceptorer i den levande hjärnan hos patienter inom psykiatin och i kliniskt relevanta plasmakoncentrationer.

Effektiviteten av elektrokonvulsiv behandling (ECT) är baserad på solid vetenskaplig grund och anses i vissa europeiska länder mycket användbar i situationer som t.ex. melankoli och katatonisk schizofreni där andra behandlingar ofta är både långsammare och mindre effektiva. Den professionella psykiatrikern har en viktig roll för den korrekta tillämpningen av denna metod på ett sätt som är till mest nytta för patienterna. Den nya tekniken med djup hjärnstimulering kan möjligen vara en annan väg att elektriskt stimulera avgränsade områden i hjärnan för lindring av symtom, men på ett mer subtilt sätt än vid ECT. Denna senare teknik är emellertid i ett utvecklat utvecklingsstadium.

4. Utbildning och fortbildning i psykiatrisk neurovetenskap

Neurovetenskap är ett fundamentalt ämne på alla nivåer av psykiatrisk utbildning, i såväl grundutbildning och specialiserad utbildning som kontinuerlig professionell utveckling (CPD) för psykiatriker. Den snabba utvecklingen inom psykiatrisk neurovetenskap utgör en stor utmaning för lärare och handledare i psykiatri.

Kunskapsbasen blir alltmer specialiserad, och även om ambitiösa psykiatriker har kunnat hålla koll på denna utveckling, kan det inte förväntas automatiskt bli fallet för majoriteten av lärare inom psykiatin.

Alla psykiatriker, även de som arbetar med psykoterapi eller socialpsykiatri, kommer att behöva förnya och komplettera sina kunskaper och skicklighet i psykiatrisk neurovetenskap, för att upprätthålla psykiatrisk kompetens där denna kunskapsbas är tillräckligt integrerad. Samtidigt finns det ett behov av en ökad betoning och utveckling av personliga färdigheter och beteendemässig sakkunskap i utbildningen av psykiatriker, för att undvika en smal teknologiskt baserad praktik och en ytterligare fragmentering av psykiatin.

Studenter på läkarlinjen är nog i allmänhet öppna för den aktuella kunskapsbasen inom neurovetenskap.

Om handledare och lärare för psykiaristuderande inte har samma förståelsenivå, kan det göra dem mindre betydelsefulla som förebilder för läkarstudenterna, vilket i sin tur försvårar rekrytering till yrket.

Baserat på resonemang i ovanstående text, bör undervisning och fortbildning på olika utbildningsnivåer särskilt inrikta sig mer specifikt på:

- Konsekvenserna av den senaste utvecklingen inom neurovetenskap för diagnostik och utvärdering inom psykiatri.
- En integrering av den senaste utvecklingen i psykofarmakoterapi och andra biologiskt baserade behandlingar med förståelse för aspekterna av inbördes förhållanden av psykiatriska och psykoterapeutiska metoder.
- En förståelse för neurobiologiska processer och förändringar relaterade till psykoterapeutiska interventioner.
- En överbyggande framtoning när det gäller undervisning i forskningsmetodik och färdigheter.
- Strategier för att förbättra program för CPD inom psykiatrisk neurovetenskap i europeiska länder för att tillåta psykiatriker att hålla jämna steg med den snabba utvecklingen inom detta område.

Nils Lindefors
Professor i psykiatri
Karolinska Institutet

CME-kurser i Stockholm i september!

Med anledning av den Nordiska Psykiatrikongressen (NCP) i Stockholm i år kommer SPF att arrangera ett antal CME-kurser den 23 september i Stockholm. Kurserna riktar sig till alla kongressdeltagare och kommer således att hållas på engelska men även Du som inte är med på NCP är självklart välkommen! Missa inte detta värdefulla tillfälle att få ny kunskap, utbyta erfarenheter och diskutera kliniska frågeställningar med kolleger från de övriga nordiska länderna!

Kurserna kommer att avhandla ämnen såsom:

- Pharmacological treatment of schizophrenia
- Cognitive behaviour therapy in anxiety disorders
- Internet-based treatment in psychiatry
- Electroconvulsive therapy
- Violence risk prevention strategies in mentally disordered patients

Kursernas omfattning är tre timmar (kl 9-12 alt. kl 13-16) och kostar vardera 1500 SEK.

Mer information och anmälningsformulär hittar du på www.svenskpsykiatri.se

Platsantalet är begränsat – först till kvarn-principen gäller!



Foto: Carol Schultheis

Remission, PANSS och PECC

– hjälpmedel för kliniker

Strukturerade bedömningsmetoder har fått en alltmer accepterad plats inom klinisk psykiatri. I kommande riktlinjer för t.ex. utredning och behandling av schizofreni understryks detta, bl.a. genom krav på remissionsbedömning. Denna bedömning bygger på skattningar av åtta PANSS-items, alternativt samma items (utom två) som finns i den europeiska PANSS-versionen PECC (Psychosis Evaluation tool for common Clinical Care-givers, som bygger på Eva Lindströms doktorsavhandling). Om man skattar dessa åtta PANSS/PECC-items kan man lika gärna skatta resterande items också, 22 för PANSS och/eller 17 för PECC.

För vana PANSS-skattare säger summa-värdet för Positiva och Negativa symtom ganska mycket, men summa-värdet för Allmänna symtom säger i stort sett ingenting. De flesta uppnår inte en sådan förtrogenhet med utvärderingen – de kan genomföra en intervju och skatta items men kan inte tolka informationen tillräckligt bra. Grundproblemet är att de fördefinierade skalorna inte är "homogena" dvs mäter samma sak – och items i den Allmänna skalan är totalt heterogena, och omfattar faktiskt också items som direkt mäter positiva och negativa symtom.

Homogena skalor kan man skapa genom faktoranalys. Ett stort antal sådana för PANSS finns redovisade i litteraturen – vanligen hittar man 4-5 faktorer som ser lite olika ut beroende på material och hur man hanterat faktorerna statistiskt. PECC är därvidlag bättre – faktorstrukturen med fem faktorer är robust. De flesta vill av någon anledning ha okorrelerade faktorer – samtidigt som alla items i någon grad mäter en gemensam faktor nämligen hur sjuk man är. Därför samvarierar i stort sett alla items med varandra även om graden varierar. Faktorer mäts som z-poäng – också dessa är materialberoende och kan inte överföras till andra material eller en enskild individ/patient. Så, faktorer är homogena och reproducerbara och lätta att tolka (inom ett material) men meningslösa utanför denna kontext.

Allt är kompromisser. Detta är ett förslag till kompromiss som fungerar i kliniken genom att uttrycka faktorvärdet som ett percentilvärde relativt en representativ grupp av svenska psykospatienter – 5-årsstudiens material (Lindström, Eberhard & Levander, 2007). Detta ger mer realistiska värden för dagens öppenvårdspatienter än motsvarande värden som man får betala \$\$\$ för att få ut från Multi-Health. Deras normdata är nämligen beräknade på en grupp ganska sjuka slutenvårdspatienter på ett Veteransjukhus under tidigt 1980-tal.

Vad är ett percentilvärde? Det är i detta sammanhang ett procenttal som anger en individs position relativt referensgruppen – percentilvärdet 58 t.ex. anger att personen i fråga är sjukare än 58 % av referensgruppen och friskare än 42 % (100-58) av samma grupp. Man kan se personen stå där med de friskare till vänster och de sjukare till höger. Percentilvärden är fullt jämförbara med varandra mellan olika faktorer – om en person har följande percentilvärden för Positiva, Negativa, Disorganisations- och Affektiva symtom:

23, 87, 33 och 15 betyder det konkret att personen har ett problem, för mycket negativa symtom. Percentilvärdena tar hänsyn till hur vanliga en viss typ av symtom är inom gruppen av schizofrenipatienter – ett värde som "står ut" jämfört med de andra betyder att där finns det stora problemen. Detta är svårt att se om man använder PANSS summavärden och blir fel, för öppenvårdspatienter, om man använder MultiHealth-algoritmen. Eftersom percentilvärden är jämförbara mellan faktorer och mellan individer är de också idealiska för att följa ett förlopp och bedöma storleken av en förbättring eller försämring.

Jag har konstruerat en alternativ PANSS-utvärdering som är lättare att tolka för den vanliga klinikern, och som alltså ger nya möjligheter att följa ett förlopp över tid. För att underlätta det hela har jag skrivit ett datorprogram (algoritmerna är för invecklade för att man ska kunna göra det för hand). Datorprogrammet och mer utförliga beskrivningar kan hämtas från EuroCogs hemsida. Med detta kan man göra remissionsskattningar med informationsstöd, samt slå in sina PANSS-skattningar. Ut kommer dels konventionella skalvärden, dels faktormedelvärden och percentilvärden. Dessutom får man ut värdet för en 5-items aggressions/excitationsskala. Bättre är att gå över till PECC. Den är europeisk, kostar inte \$\$\$, är omedelbart användbar om man kan PANSS, och lättare att lära sig om man inte kan den.

Sten Levander

Prof. em. i allmänpsykiatri och rättspsykiatri

Referens

Lindström E, Eberhard J, Levander S. Five years follow up during antipsychotic treatment; efficacy, safety, functional and social outcome. Acta Psychiatr Scand Suppl., 2007, 435, 5-16.

Exempel på utskrift av PANSS- resp. PECC-data finns på www.svenskpsykiatri.se

Karolinska OCD Master Class

Avancerad farmakologisk behandling av OCD

Prof. Naomi Fineberg

Välkommen till en heldagsworkshop med föreläsning och fallövningar.

Begränsat antal deltagare. Språk engelska. Målgruppen är psykiater med OCD intresse. Utbildningsmål är att förvärva kunskap och färdigheter om avancerad läkemedelsbehandling av OCD som ska vara tillämpbara.

Datum: 6/10 2009, 09.00-16.00.

Lokal: Askö, M57, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Kostnad: 1500 kr inkl lunch. Anmälning sker på www.sll.se/anxiety

Naomi Fineberg är psykiater och Professor vid University of Hertfordshire. Hon leder ett nationellt OCD behandlingscentrum vid Queen Elizabeth II Hospital utanför London. Hon har arbetat med både brittiska och internationella behandlingsriktlinjer och forskar inom flera olika aspekter av OCD med särskilt intresse för kliniska prövningar.

Karolinska OCD Master Class arrangeras av Centrum för psykiatrforskning och Psykiatri Sydväst.



CPD-kurser vid Psykiatri Sydväst, Stockholm

I höst fortsätter våra fortbildningskurser för specialistläkare.

"Sent debuterande psykosjukdomar - diagnos och behandling", Karin Sparring-Björkstén, överläkare, med dr kl. **8 / 10** kl 9-12

"Farmakologisk behandling av beroendetillstånd", Lars Blomström, medicinsk chef, Maria Beroendecentrum, **8 / 10** kl. 13-16

"Sexualmedicin för psykiatern", Cecilia Dhejne, överläkare **19 / 11** kl 9-12

"Farmakologisk behandling av neuropsykiatriska tillstånd", Ylva Ginsberg, överläkare **19 / 11** kl. 13-16

Kostnad: 1500:- per kurs

Lokal: Sal "Lidö", M 69 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Anmälan sker till marita.signarsson@sll.se

10 frågor till.....

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Vi kommer i detta och i kommande nummer presentera styrelsemedlemmar från de tre föreningarna **SFBUP**, **SPF** och **SRPF**. Syftet är att belysa den mer personliga och privata sidan av personen. Först ut i vår serie är SPF's ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind.

Jag träffade Lotta (som är det namn de flesta kring Lise-Lotte använder) första gången redan på 1970-talet. En ny AT-läkare kom till kliniken och fick snabbt namnet Doktor Hästsvans. Direkt efter AT-tjänst tog Lotta ett ST-block inom vuxenpsykiatri på Södra Älvsborgs Sjukhus. Full av idéer, nyfiken på det mesta. En trebarnsmamma som arbetsmässigt bara hade ett krav, aldrig jour på lördagar. En mycket proaktiv kvinna som irriterande nog, för vissa, började involvera anhöriga och brukare redan på 1970-talet, långt innan vi andra ens hade förstått poängen.



Foto: Carol Schultheis

1. Född

1953 i Göteborg föddes Ulla Christina Lise-Lotte Risö.

2. Bor

Lise-Lotte bor sedan 1979 i Hyssna. Hyssna är ett litet samhälle nordväst om Kinna i Marks kommun. Hyssna har gamla anor med bland annat en kyrka från 1100-talet, här bor nu ca 600 personer. Vattendraget Surtan går förbi samhället.



Foto: Carol Schultheis

3. Familj

Lotta är gift med Jan Bergerlind. Jan är en av Skandinavien mest anlitade illustratörer och har numera ett eget förlag där gårdstomten har sin givna plats. Jan och Lotta har tre barn.

4. Arbetar

Har varit Södra Älvsborgs Sjukhus och vuxenpsykiatri trogen ända sedan AT-tjänstgöringen. Avancerade snabbt till verksamhetschef, därefter områdeschef. Sedan 1 år tillbaka arbetar Lise-Lotte som processchef på sjukhuset.

5. Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Fritid existerar knappast för Lotta, när hon inte arbetar för SÄS fylls kvällar och lediga stunder med arbete för Svenska Psykiatriska Föreningen och Psykiatrifonden, Lise-Lotte är ordförande i båda. OM det blir en stund över är det naturligtvis familjen som gäller. Eftersom Lotta tycker om att röra på sig får både hunden Sally och Jan sina promenader. Lotta drar sig inte för att följa med maken på julmarknader och mässor. Litteratur är ett intresse och då handlar det ofta om deckare

6. Favoritmat

Jag äter allt utom blodpudding, italiensk mat är extra god.

7. Senast lästa bok?

Hinner inte läsa mycket under "terminerna" men när tid ges är det ofta deckare som gäller, Anne Holt är en favorit. Den bok som just nu läses är Marcus Birros, Landet utanför.

8. Vad gör dig lycklig?

Familjen och samvaron med dem hemma i Hyssna.

9. Vilka förebilder har du?

Finns framförallt en och det är min farmor. Hon var en otroligt snäll person, jobbade hårt, tappade aldrig modet, gladdes åt allt. Hon var en oerhört stark person, orkade allt, fullfart men hade alltid glimten i ögat. Hennes liv var tufft men farmor såg alltid ljuset. Lotta tillbringande mycket tid med sin farmor som blev 94 år.

10. Vilka är SPF's första utmaningar under de närmsta åren?

Det är mycket jobb som ligger de närmsta 5-10 åren, fortbildningen, nå alla våra medlemmar, påverka psykiatrin framåt och inte minst arbeta mot fördomar kring psykisk sjukdom.

Jag tror att det hade varit en stor fördel om de olika del- och intresseföreningar som finns inom det psykiatriska fältet hade arbetat närmare varandra, fokuserat på det vi har gemensamt, för att få större påverkansmöjligheter. Jag vill som ordförande gärna försöka bidra till att den samverkan ytterligare fördjupas.

Lotta ser tre målgrupper; **medlemmarna, beslutsfattare och allmänheten.**

Det gäller för föreningen att ha ett genomtänkt sätt för att möta alla tre målgrupperna på olika sätt, vi kan inte möta dem på samma sätt.



Foto: Jan Bergerlind

För medlemmarna jobbar vi ex genom Svenska Psykiatrikongressen och Riksstämman, en av våra stora uppgifter är att främja den svenska psykiatrin genom att bidra till bra fortbildning; ordna kurser och konferenser. Svara på remisser från olika instanser samt delta i olika arbetsgrupper blir en allt större uppgift.

Att möta beslutsfattare, då menar jag politiker och tjänstemän, är en mycket viktig angelägenhet. Vi fanns ex med på Almedalsveckan i år, vi har en god kontakt med NU-projektet (SoS) och SKL – det är viktigt att vi finns på plats; syns och hörs.

Allmänheten och våra brukare hoppas vi kunna nå ex via Bok- och biblioteksmässan där vi medverkar i år för första gången.

Stina Djurberg
SP Redaktion

Kalendarium

22-26 augusti 2009

Quality of Life in Child and Adolescent Mental Health
International Conference sponsored by the European
Society for Child and Adolescent Psychiatry
Budapest, Ungern
www.escap2009-budapest.com

12-16 september 2009

22nd ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology),
Istanbul, Turkiet
www.ecnp.eu/emc.asp?pagelid=332

22-25 september 2009

29th Nordic Congress of Psychiatry, Stockholm
www.ncp2009.org

25-27 november 2009

Riksstämman, Stockholm
www.svls.se/riksstamman/811.cs

25-27 november 2009

SFBUP:s sektionsdag och föreningsmöte
Hålls i samband med Riksstämman, Stockholm

27 februari - 2 mars 2010

18th European Congress of Psychiatry
München, Tyskland
www.kenes.com/epa

17-19 mars 2010

3:e Svenska Psykiatrikongressen
Stockholm
www.svenskpsykiatri.se

10-14 april 2010

2nd Schizophrenia International Research Society
Conference
Florens, Italien
www.schizophreniaconference.org

6-10 juni 2010

27th Congress of Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP)
Hong Kong, Kina
www.cinp2010.com

3-7 oktober 2010

XVIIIth World Congress on Psychiatric Genetics
Athen, Grekland
www.ispg2010.org

17-19 november 2010

10th International Forum on Mood and Anxiety Disorders
Wien, Österrike
www.ifmad.org

29 maj - 3 juni 2011

10th World Congress of Biological Psychiatry
Prag, Tjeckien
www.wfsbp-congress.org

17-21 september 2011

8th Congress of International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology
Berlin, Tyskland
www.isapp2011.org



BCFPI – ett värdefullt hjälpmedel inom barn- och ungdomspsykiatri

Bakgrund

Barnpsykiatrien tar emot barn och ungdomar med skiftande problematik avseende art och grad. De begränsade resurser som finns måste läggas på dem som är i störst behov av behandling och att avgöra detta efter att ha lyssnat på en angelägen förälder eller granskat en skriftlig remiss är inte lätt. Som hjälpmedel i detta arbete används på BUP-kliniken i Malmö – och numera på ytterligare ett antal kliniker i Sverige - ett verktyg, Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI), som intagningsinstrument för alla nya patienter. Det är hämtat från McMaster University i Kanada, och i samråd med upphovsmännen översatt till svenska. BCFPI är en databaserad, normerad telefonintervju, som tar ca 45 min och används vid prioriteringsarbetet, för utvärdering av behandlingsresultat samt vid planering av verksamheten.

Beskrivning av intervjun och dess användning

Till BUP kommer ca hälften av patienterna på remiss, hälften söker själv och då nästan alltid via föräldrar. Tidigare har patienter oftast initialt kallats till ett bedömningssamtal i syfte att besluta om prioritering och tid för behandlingsstart. Det är en svår uppgift att under ett bedömningssamtal få fram vidden av en problematik och att ställa olika patienters behov mot varandra vid prioritering.

Det finns vetenskapligt stöd för att den bedömning som görs via en strukturerad intervju där ett brett spektrum av frågor ställs är mer tillförlitlig än en ostrukturerad.

BCFPI baseras på och är normerad med hjälp av en epidemiologisk undersökning kring barn/ungdomars hälsa – Ontario Child and Health Study, och är användbar vid arbetet med:

- Prioritering och bedömning inför behandlingsstart
- Överblick av patientunderlag och väntelista
- Utvärdering av behandlingsresultat

När nya patienter tar kontakt eller remiss inkommer erbjuds föräldern en tid för en BCFPI-intervju, vilken sedan på avtalad tid genomföres över telefon, av en klinisk medarbetare. Under intervjuens gång skrivs svaren in i ett dataprogram. Vanligen är det en förälder som intervjuas, men BCFPI finns också i tonårs- och lärarversion. Intervjun består dels av:

en öppen ostrukturerad fråga där föräldern ombeds att beskriva barnets problematik, dels av 66 strukturerade, normerade frågor kring

- barnets psykiska symtom
- funktionsnivå
- den påverkan barnets svårigheter har på familjen
- familjens funktionsnivå
- den intervjuade förälderns eventuella depressiva symtom

Det finns också frågor inom områdena risk- och skyddsfaktorer samt motivation avseende behandling. Dessa frågor är inte normerade och kan väljas bort. För att fånga upp mer ovanlig barnpsykiatrisk problematik finns ytterligare ett antal frågor att ställa vid behov.

Intervjun består således av en kvalitativ del (den öppna frågan) och en kvantitativ del (de normerade frågorna).

Figur 1- sidan 51

Exempel på översiktsbild av stapeldiagram på de normerade frågorna.

BCFPI som prioriteringsverktyg

Efter genomförd intervju får man ur dataprogrammet fram en översiktsbild som består av mjukdata utifrån den ostrukturerade delen av samtalet samt ett stapeldiagram över de strukturerade frågorna (Figur 1). Staplarna visar hur stora svårigheter barnet har inom de olika områdena och hur barnet ligger i förhållande till genomsnittet för sitt kön och sin åldersgrupp.

BCFPI-intervjun görs av kliniker då det krävs professionell kunskap för att kunna ge det omhändertagande och den rådgivning som denna första kontakt med den hjälpsökande erbjuder. Intervjuaren kan om staplarna visar på en låg probleminivå ge allmänna råd eller hänvisa till annan hjälpinstans. Höga staplar indikerar allvarlig problematik och behov av hög prioritering. Olika kombinationer av höga staplar kan ge misstankar om problematikens art såsom suicidrisk, ADHD, social fobi mm.

BCFPI för verksamhetsplanering

Det är enkelt att från BCFPI:s programvara ta fram uppgifter och få överblick över klinikens patientunderlag och väntelista. Man kan t.ex. få fram uppgifter och grafer över hur stor andel av patientunderlaget som har en viss problematik över en given T-score nivå eller hur problematiken ser ut inom olika åldersgrupper.

BCFPI har också ambitionen att kunna hänvisa patientgrupper med mindre allvarlig problematik till mindre resurskrävande behandlingsalternativ, såsom föräldrautbildning eller informationsträffar. Efter intervjun ges en rekommendation om vilket utbud som kan vara lämpligt utifrån den aktuella problematiken. Här kan varje klinik lägga in sitt utbud och bestämma vilka värden på de olika parametrarna som ska ge upphov till en rekommendation.

BCFPI för utvärdering av behandling

BCFPI har visat sig vara känsligt för förändring och har använts som utvärderingsinstrument i flera studier. Efter avslutad behandling kan en kortare variant av intervjun göras genom att enbart de strukturerade frågorna ställs.

På så sätt får man fram ett nytt diagram som kan jämföras med det som gjordes före behandling.

Förutom att enskilda patienters behandlingsresultat kan mätas, kan man göra sammanställningar av olika patientgrupper, behandlingar m.m.

Denna uppföljande intervju kan göras via telefon eller genom att förälder fyller i skriftligt formulär som skickas via e-mail och direkt hamnar i BCFPI:s databas.

På BUP i Malmö har vi testat att utvärdera behandlingsresultat genom IVR (Interactive Voice Response). Föräldern blir då uppringd av en dataröst som läser upp de normerade BCFPI-frågorna. Svarar gör man genom att trycka på telefontangenterna för olika svarsalternativ. Vid en pilotstudie svarade 70 % av de föräldrar som blev uppringda. IVR ger även möjlighet att tala in BCFPI-frågorna på andra språk, vilket gör det möjligt att också nå icke svenskspråkiga familjer.

Diskussion

Under de år vi arbetat med BCFPI har det funnits många åsikter om intervjun som i början upplevdes kontroversiell av många medarbetare. Det har funnits farhågor kring hur föräldrar skulle uppleva telefonintervjun, men erfarenhet och en intern utvärdering har visat att föräldrarna är mycket positiva till intervjun, som man upplever som professionell och som en bra första kontakt med kliniken.

Sedan intervjun för fyra år sedan infördes över hela kliniken har alltfler medarbetare kommit att uppleva fördelarna med instrumentet. Erfarna kliniker har förvånats då de fått värdefull information inom ett område där de själva inte skulle ha valt att ställa några frågor. Prioriteringsarbetet i remissgrupperna går snabbare och smidigare vilket frigjort tid för behandlingsarbete.

BCFPI är ett screening instrument och måste behandlas och tolkas

därefter. Det ger inte en komplett bild av ett barns problematik, men får man någonsin det? Man måste vid tolkande av BCFPI vara medveten om att den bild man har är en förälders uppfattning av barnets problematik och att en del föräldrar tenderar att "överdriva" medan andra är alltför "normaliserande". I Malmö får tolk ofta användas och kulturella skillnader kan ibland göra frågorna svåra att förstå. Här är de strukturerade frågorna en hjälp då eventuella missuppfattningar lätt uppdagas.

Möjligheten för den enskilda behandlaren att få feedback på sitt arbete i form av ett diagram med en före- och efterkurva ger förutsättningar för ett fortsatt kvalitetssäkringsarbete. En utvärdering som på detta sätt läggs in som en rutin i vardagen, innebär att man på sikt kan få fram kunskap kring utfallet av den behandling som erbjuds olika patientgrupper, liksom verkningsgrad av olika behandlingsformer.

I Kanada används BCFPI för att ta fram underlag till politiker och administratörer samt till "benchmarking" mellan BUP-kliniker. I Sverige finns ett nätverk med ett 10-tal kliniker som regelbundet träffas och bl.a. diskuterar att längre fram använda denna möjlighet. Det kommer under 2009 att göras en ny kanadensisk normering och det finns planer på att också göra en jämförande svensk.

BCFPI ger stöd till den pågående utvecklingen med att arbeta alltmer evidensbaserat då man förutom rapporten med stapeldiagram också kan få fram en rekommendation över olika evidensbaserade behandlingsprogram användbara för den aktuella patienten. Dessa rekommendationer inklusive länkning till bakomliggande artiklar, uppdateras 1-2 gånger årligen av en grupp internationella experter, ledda av professor Charles Cunningham vid Mc Master University.

Sammanfattning

BCFPI är en normerad intagningsintervju för den barnpsykiatriska verksamheten, som utvecklats i Kanada, men visat sig vara mycket användbar även i Sverige. Den har upplevts som professionell och användbar av både kliniker och föräldrar och är ett värdefullt hjälpmedel som bidragit till ett snabbare och säkrare prioriteringsarbete. BCFPI ger också möjlighet att utvärdera alla behandlingar, att få en överblick över verksamhetens patientunderlag samt om så önskas benchmarking med andra kliniker.

Gunnel Löndahl

Överläkare, tidigare verksamhetschef

BUP-kliniken UMAS

Gunnilla Silverberg

Utvecklingssamordnare

BUP kliniken, UMAS

Referenser till artikeln finns publicerade på www.svenskpsykiatri.se.



B



SÖDRA TEATERN

Stockholm



Svenska Psykiatrikongressen 2010

www.svenskpsykiatri.se

17-19 mars